



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA**

CRISTINA MABEL DO NASCIMENTO

PORTO VELHO-RO
2014

CRISTINA MABEL DO NASCIMENTO

**A JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino das Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondônia – UNIR - NUSAU. Para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott

**PORTO VELHO-RO
2014**

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

N17]

Nascimento, Cristina Mabel.

A judicialização na gestão da assistência a saúde na perspectiva do usuário do Município de Porto Velho – Rondônia / Cristina Mabel do Nascimento. Porto Velho, Rondônia, 2014. 74f: il.

Orientador: Prof. Dr. Ary Miguel Teixeira Ott

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2014.

1. Judicialização 2. Assistência 3. Usuário 4. Medicamentos. I. Universidade Federal de Rondônia. II. Título.

CDU: 614.2(811.1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA - UNIR
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE NA
PERSPECTIVA DO USUÁRIO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA**

Cristina Mabel do Nascimento

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott – Orientador
Universidade Federal do Estado de Rondônia/UNIR

Prof. Dr^a Maria Berenice Alho da Costa Tourinho
Universidade Federal do Estado de Rondônia/UNIR

Prof. Dr. Paulo Renato Vitória Calheiros
Universidade Federal de Rondônia/UNIR

PORTO VELHO
2014

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais Francisco Assis (in memorian) e Maria do Carmo (Carminha), que me deram força a vida toda para ter bom estudo, boa educação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade, por estar ao meu lado em todos os momentos de minha vida, ensinando-me que nenhuma conquista é possível sozinha.

A minha mãe Maria do Carmo (Carminha), que além do amor incondicional, proporcionou-me os alicerces necessários para encarar qualquer desafio. Meu eterno agradecimento por eu ter chegado aqui e poder ir mais longe.

Ao meu querido irmão Glaúber Nascimento e as minhas irmãs Rosalba, Lúcia e Genilda e a todos os demais familiares que me apoiaram sempre.

Ao meu sobrinho Denne Nascimento e sua esposa Vanessa Max, pelo incentivo que me deram para chegar até aqui.

Ao professor Orientador Dr. Ari Miguel Teixeira Ott, por toda dedicação, competência e pela brilhante orientação, contribuindo de forma competente com críticas e sugestões na construção deste trabalho.

A Wellington Mendes, a sua certeza de que tudo daria certo me encorajou nos momentos de dúvidas e dificuldades. Muito obrigada, de coração!

A Sônia Lima, pela ajuda que me deu durante todo o desenvolvimento deste trabalho.

A Prof. Dr^a Lúcia Rejane, pela possibilidade de compartilhar conhecimentos e, assim também, construí-los todos os dias.

A todos os meus amigos que confiaram em mim, ajudando-me a não desistir, a correr atrás dos meus sonhos, mostrando-me caminhos e possibilidades. Obrigada! Peço desculpas pela impossibilidade de nomeá-los todos.

Aos meus colegas de trabalho (Núcleo de Mandados Judiciais /SESAU), pela compreensão que tiveram, sempre que precisei ausentar-me para elaboração deste trabalho.

A Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia pelo apoio institucional.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, por apoiar a realização desta pesquisa.

Aos usuários desta pesquisa, que disponibilizaram mais do que informações, mas sentimentos, um pouco de suas vidas.

A todos, muito obrigada.

“O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível”.

Max Weber.

RESUMO

O presente trabalho tem-se como tema “A judicialização na gestão da assistência a saúde na perspectiva do usuário do município de Porto Velho – Rondônia”. Sabe-se que o direito a saúde, como também o direito social esteve sempre relegado a um segundo plano, visto até mesmo pela própria história brasileira. Assim, o objetivo do trabalho é analisar a judicialização do ponto de vista dos usuários, através dos casos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia. A metodologia aplicada foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/NUSAU – Porto Velho-RO, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer de nº 240.429. A pesquisa é de natureza documental, descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa e pesquisa de campo buscando o universo de crenças, valores, atitudes e situação socioeconômica dos usuários inseridos no estudo. E através das pesquisas realizadas, conclui-se que o direito à saúde garantida constitucionalmente imputa-se o dever de prover ao Estado, uma melhor ponderação dos interesses em questão, com a promoção quanto à distribuição dos recursos de forma a atender satisfatoriamente essa garantia constitucional, elaborando políticas públicas eficientes que visem tanto à prevenção, quanto o tratamento e medicamentos.

Descritores: Judicialização. Assistência. Usuário. Medicamentos.

ABSTRACT

This project has as its theme " The judicialization in health care management from the perspective of the user of the municipality of Porto Velho - Rondônia ." It is known that the right to health, as well as the social right has always been relegated to the background , seen even by Brazilian history itself . Thus, the objective of this study is to analyze the legalization of view of users , through the cases forwarded to the Municipal Health of Porto Velho , capital of Rondonia State . The methodology was approved by the Ethics in Research / NUSAU - Porto Velho - RO, under Resolution 196/96 of the National Health Council , on the advice of No. 240 429 . The surveys used were documentary, descriptive , exploratory , qualitative field research approach and seeking the universe of beliefs , values, attitudes and socioeconomic status of users enrolled in the study . And through the research conducted , it is concluded that the constitutionally guaranteed right to health imputes it the duty of the State to provide a better balance of interests concerned with the promotion on the distribution of resources to satisfactorily meet this constitutional guarantee by developing effective public policies that address both the prevention and the treatment and medicines .

Descriptors: Adjudication . Assistance. User . Medicines .

LISTAS DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, segundo grau de escolaridade.....	32
GRÁFICO 2 – Distribuição do número de respostas dos entrevistados, segundo renda familiar.....	34
GRÁFICO 3: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, conforme dificultador da dispensa dos medicamentos pleiteados junto ao judiciário.....	35
GRÁFICO 4: Distribuição do número de respostas dos entrevistados quanto a procura pelo judiciário, frente a negativa do poder público.....	36
GRÁFICO 5: Período de dispensa dos fármacos, segundo números de respostas dos entrevistados.....	37
GRÁFICO 6: Dispensação dos medicamentos x orientação dos serviços de saúde.....	39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, conforme patologia apresentada.....	40
TABELA 2: Distribuição das respostas dos entrevistados, quanto às ações que o governo deveria fazer para garantir a continuidade do tratamento	41
TABELA 3: Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo solicitação de medicamentos negados pelo serviço público.....	42
TABELA 4: Reação frente ao pedido de medicamento de um valor expressivo ou oneroso, em detrimento do seu poder aquisitivo.....	44
TABELA 5: Problemas mencionados, segundo respostas dos entrevistados	45

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1: Distribuição Geográfica.....	31
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFAB – Assistência Farmacêutica na Atenção Básica

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CONASS - Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

DSS – Divisão de Serviço Social

GM - Gerência de Medicamentos

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NUSAU – Núcleo de Saúde

PNM - Política Nacional de Medicamentos

RENAME - Relação Nacional de Medicamento

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde

SESAU – Secretaria de Estado da Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 O ACESSO A SAÚDE ENQUANTO DIREITOS SOCIAIS.....	17
2.2 ASPECTOS RELACIONADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	19
2.3 A INCLUSÃO DO DIREITO A SAÚDE PELO JUDICIÁRIO.....	21
2.4 A OMISSÃO DO PODER PÚBLICO FRENTE À PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.....	24
2.4.1 As demandas judiciais de medicamentos: características comuns e Divergentes	27
3 METODOLOGIA	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	29
3.2. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO ESTUDO.....	29
3.3 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
3.4 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA COLETA DE DADOS	30
3.5 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	53
OBRAS CONSULTADAS.....	60
APÊNDICE A - Termo de Autorização do Gestor	61
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	62
APÊNDICE C - Formulário para aplicar aos usuários da pesquisa.....	63
ANEXOS.....	65

INTRODUÇÃO

No final do século XX e início do século XXI, propaga-se um sentimento de que os problemas de saúde estão acumulando-se e os modelos assistenciais não correspondem mais às expectativas da população, uma vez que as vias administrativas são geralmente lentas e a burocracia da saúde costuma ser omissa frente às demandas impostas pela sociedade, enfatizando assim, os dramas individuais, colocando em questão sua função social. (SABROZA, 2004).

Concomitante, as dificuldades enfrentadas pelo paciente ao buscar atendimento para as questões relacionadas ao tratamento curativo, à fragmentação das informações frente aos órgãos competentes, como o Executivo e Judiciário, bem como, a falta de conhecimento e acesso aos serviços, tanto na vertente de procedimentos e insumos, como na medicamentosa.

Em grande parte, a luta da população por seus direitos tem sido em decorrência das omissões do Estado e descrédito da população, onde o poder judiciário tem sido acionado, dando respostas que seriam de responsabilidade do poder público, garantindo não somente a dispensa de fármacos e/ou insumos necessários ao tratamento de saúde, mas a efetivação dos seus direitos fundamentais, exigindo uma melhor atuação por parte da gestão nos serviços públicos diante das demandas apresentadas. (ROCHA, 1999).

Nesse sentido, as sentenças proferidas pelos tribunais em favor do cidadão determinam que os gestores forneçam determinados tratamentos, medicamentos e/ou insumos terapêuticos, dentre os quais podemos pontuar: insumos, cirurgias, órteses e próteses, medicamentos, reabilitação, tratamentos fora de domicílio, contratação de tratamentos compulsórios de drogadição, etc., devolvendo ao usuário não somente o direito à vida, mas a efetivação e garantia de seus direitos em todos os níveis de atenção, principalmente no tocante aos direitos sociais, “buscando inclusive, meios judiciais para sua concretização, conferindo assim, um sentido ao termo “judicialização da saúde” (OLIVEIRA, 2010)”.

A questão da judicialização teve início na década de noventa, com a procura pelos medicamentos antirretrovirais para combater o avanço do vírus HIV, fazendo com que o Estado fornecesse de forma gratuita não apenas os medicamentos, mas todo o tratamento necessário ao bem estar do paciente (PEPE *et al*, 2010), abrindo precedentes para outras patologias, dentre as quais podemos pontuar: tratamento oncológico, hepatite C, hipertensão, diabetes, micose sistêmica e oportunista e vários outros agravos.

A judicialização da saúde, é considerada por Pepe *et al*. (2010) como um “fenômeno multifacetado”, que expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção

de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor de saúde e do sistema de justiça. Tais intervenções judiciais no âmbito da gestão ganharam destaque no Supremo Tribunal Federal – STF, uma vez que por um lado há a fiscalização por parte do judiciário nas ações negligenciadas pelo Estado contra seus cidadãos; por outro a judicialização é vista pelos gestores como impactante no orçamento da administração pública, por entender que o cumprimento das determinações judiciais desvia recursos de ações coletivas em prol do atendimento de um indivíduo.

Após a Constituição de 1988, essa discussão sobre o acesso a medicamentos via mandados judiciais no Brasil ganhou notoriedade, envolvendo gestores públicos, poder judiciário, órgãos afins, universidades e sociedade civil, sendo regulamentada através da Lei nº 8080/1990, “atribuindo ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral e farmacêutica”. (BRASIL, 1990).

Desde então, pesquisas têm sido realizadas, buscando avaliar os vários aspectos que levam à judicialização da saúde, dentre os quais podemos elencar: o acesso do indivíduo ao medicamento prescrito; a dispensação com orientação profissional baseada na certeza de que a medicação está relacionada às reais necessidades do paciente e a garantia do direito à saúde e a universalização dos serviços (SILVA & BUSSINGER, 2011).

Em Rondônia, percebe-se um grande número de ações impetradas contra a Secretaria Estadual de Saúde - SESA/RO, com solicitações de medicamentos para todos os tipos de indicações terapêuticas, inclusive fármacos da atenção básica. Ao final de 2012, somavam-se 1.300 ações judiciais contra o Estado de Rondônia.

Considerando que em matéria de saúde pública a responsabilidade dos entes estatais é solidária, e com o crescente número de ações judiciais no Estado observa-se a necessidade de investigar o fenômeno da judicialização da saúde no município de Porto Velho/RO, visto que tais ações evidenciam as dificuldades da população tanto no acesso aos medicamentos e/ou procedimentos, quanto no desconhecimento dos seus direitos.

Dentre esses pontos discutidos na literatura, interessa-nos o ponto de vista dos usuários na judicialização da saúde. Algumas perguntas precisam ser respondidas, dentre as quais podemos citar: a) Para estas pessoas, entram em jogo os aspectos relacionados à existência ou não de recursos financeiros? b) Há um planejamento orçamentário para suprir essa demanda? c) A lista de medicamentos preconizada pelo SUS condiz com a realidade? d) O que se busca na verdade, é a recuperação de um ideal delas mesmas ou de algum parente? e) O que os motiva a acionar o judiciário?

Dáí o interesse em desenvolver um trabalho voltado para a judicialização na saúde do ponto de vista do usuário, pelo fato de trabalhar essa demanda na Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA do município de Porto Velho/RO desde 2007, onde se observou a morosidade dos processos de compra frente à urgência do paciente, a falta de integração entre as três esferas de governo, a falta de conhecimento e comprometimento dos profissionais da saúde na garantia dos direitos do paciente quanto à dispensação de medicamentos e procedimentos de alto custo, bem como, a falta de informações do paciente frente aos seus direitos.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo geral, analisar a judicialização do ponto de vista dos usuários, através dos casos encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia. Quanto aos objetivos específicos, tem-se em enumerar: 1) Os casos de judicialização na saúde no município de Porto Velho, segundo suas causas e resolução adotada, no período de 2007 a 2012; 2) Identificar o perfil do usuário que procura a assistência de saúde nas instâncias do judiciário e, 3) Justificar as demandas dos usuários de Porto Velho e suas motivações para acionar judicialmente o SUS.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ACESSO A SAÚDE ENQUANTO DIREITOS SOCIAIS

Para Morigi *et al.* (2002), a primeira abordagem em cidadania, enquanto direitos a ter direitos, foi elaborada sob várias perspectivas teóricas, mas a que tornou-se clássica foi a teoria de Thomas H. Marshall (1967), onde mostrou-se a conquista da cidadania pontuando em três momentos, sendo a aquisição dos direitos civis no séc. XVIII: direito à vida, à liberdade, à igualdade; os direitos políticos no séc. XIX, tendo a participação do governo na sociedade (direito ao voto); e os direitos sociais no séc. XX, os quais permitem a participação na riqueza coletiva: educação, saúde, trabalho.

Martinelli (1993) defende, que os chamados direitos sociais surgiram a parti de meados do séc. XVIII com a ascensão da Revolução Industrial, em que os trabalhadores passaram a vender sua força de trabalho por baixos salários, sendo submetidos a longas jornadas de trabalho, sujeitando-se ao domínio do capital, cujos efeitos ultrapassaram os limites da fábrica atingindo a sociedade como um todo.

Botelho (2011, p. 45), narra os direitos sociais como dimensão dos direitos fundamentais do homem, informa que as “Prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais”.

No Brasil, durante anos a saúde da população foi tratada de forma paliativa, o cidadão não era atendido na sua totalidade e as demandas judiciais não eram vistas como prioritárias. Somente em 1988, com o advento da CF através do Sistema Único de Saúde/SUS, e com as diretrizes da Lei 8080/90, a saúde passou a ser direito de todos de forma equânime.

Segundo Torronteguy (2010), a inclusão do direito a saúde no rol dos direitos sociais, teve avanço significativo para a população, visto que refletiu nas iniquidades do acesso à saúde no Brasil, ganhando importância teórica e prática entre vários setores da sociedade.

Gandini et al., (2010, p. 257) descreveram que:

O direito à saúde, como direito social que é, sempre esteve relegado a um segundo plano, o que se percebe pela própria história brasileira que, ainda muito recente, deixa aflorar, num curto retrospecto de pouco mais de 150 anos, um passado de escravidão, diferenças sociais e desrespeito ao ser humano. Não era possível pensar em direitos sociais diante de uma realidade que sequer conhecia a importância dos direitos civis e políticos.

Conforme Paim (2009), a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser vista como direito social para todos os brasileiros indistintamente, ficando a cargo do poder público garantir através de políticas de saúde a redução do risco da doença e de outros agravos, elencando como diretrizes do SUS a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade.

A universalidade do direito à saúde, independente da capacidade contributiva ou de qualquer forma de pagamento; a integralidade da assistência à saúde, com ações que envolvem todos os níveis de complexidade e necessidades, desde promoção e a prevenção em saúde, até os tratamentos mais complexos e a participação da comunidade, na formulação e no acompanhamento das políticas do SUS nas diferentes esferas de governo (CONASS, 2009).

Com a regulamentação da Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), pontuou-se as responsabilidades de cada esfera, identificando suas especificidades e atribuições dos gestores do SUS, e destes com a sociedade, instituindo o Sistema Único de Saúde através do conjunto de ações de serviços de saúde, prestados à população pelas três esferas de governo – União, Estados e Municípios (BRASIL, 1990).

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006, p. 538):

O SUS tem como objetivo principal, formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, assegurando o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir a atenção integral á saúde.

Nesse ponto, faz-se necessário discriminar que em diversos documentos elaborados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde -CONASS, a judicialização ganhou maior visibilidade para os gestores devido ao considerado aumento nas ações judiciais para o fornecimento de fármacos.

Tais considerações implicam dizer, que a população enfrenta dificuldades quanto ao acesso aos serviços e à dispensa dos medicamentos de alto custo, não havendo prioridade na gestão em atender essa demanda, mesmo após a regulamentação da Lei nº 8.142/90, em seu Art. 1º, o qual regulamenta a participação popular no SUS, sendo considerada como uma melhoria dentro dos serviços de saúde, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde (CONASS, 2009).

De forma que constatado o não atendimento para as questões relacionadas ao tratamento curativo, seguido da inércia do poder público, coube ao usuário buscar a concretização de seus direitos por meio do judiciário.

Cumpra lembrar, que não há como dividir a responsabilidade dos entes federativos (União, Estados e Municípios), uma vez que a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento e/ou tratamento é solidária.

Com esse entendimento, corrobora a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia:

Mandado de segurança. Direito à saúde. Tratamento médico. Garantia constitucional. É dever do Estado promover assistência à saúde aos cidadãos, inclusive o fornecimento de remédio não disponível na rede pública, que deve provê-lo por meio de aquisição na rede privada às suas expensas. (Reexame Necessário, n. 10001420060139565, Rel. Des. Eliseu Fernandes, J. 25/07/2007).

Saúde. Medicação. Fornecimento. É dever do Estado o fornecimento da medicação necessária, em quantidade suficiente para a continuidade do tratamento de pessoa hipossuficiente portadora de doença grave. (TJ/RO, Mandado de Segurança n. 200.000.2009.002386-2, Rel. Des. Eurico Montenegro, DJE n.90, de 18/05/2009).

2.2 ASPECTOS RELACIONADOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 redefiniu as relações entre o Estado e a sociedade civil, ao instituir um Sistema Único de Saúde – SUS, passando a saúde a ser direito de todos indistintamente. Elencando como diretrizes do SUS a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade:

A universalidade do direito à saúde, independentemente da capacidade contributiva ou de qualquer forma de pagamento; a integralidade da assistência à saúde, com ações que envolvem todos os níveis de complexidade e necessidades, desde a promoção e a prevenção em saúde (por exemplo, a vacinação ou o controle de vetores de doenças), até os tratamentos mais complexos (como os transplantes, as cirurgias cardíacas e terapias oncológicas) e a participação da comunidade, na formulação e no acompanhamento das políticas do SUS nas diferentes esferas de governo (CONASS, 2009).

Contudo, evidencia-se que apesar do que já foi realizado pelas entidades de controle social e os desafios enfrentados pela população na garantia dos seus direitos, através da ampla participação e mobilização popular, ainda nos deparamos com questões sociais em alguns segmentos sociais, sendo possível identificar fragilidades nas políticas públicas e a necessidade de fortalecer a participação popular e o controle social através dos Conselhos de Saúde, para que possam romper com ações de interesses particulares, beneficiando o coletivo e permitindo assim, o exercício da cidadania.

Dessa forma, ante os obstáculos postos pela organização do sistema e com as diversidades postas pelos serviços de saúde, foi publicado o Decreto nº 7.508, alterando a Lei 8080/90, com o propósito de atenuar as desigualdades regionais, buscando uma rede regionalizada e hierarquizada, que pudesse atender a população em diversas ações: Atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde, de modo a atender o cidadão na sua totalidade (CARVALHO, 2012).

Todavia, mesmo com a publicação da Política Nacional de Medicamentos - PNM (Portaria GM/MS nº 3916 de 30/10/98), e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338, de 06/05/04), conforme anexo da Portaria nº 3.918/98, “regulamentadas com o intuito de garantir a necessária segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos, promoção do uso racional e acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Para Bergsten-Mendes (2008, p. 569), conceitua a assistência farmacêutica como:

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

Percebe-se, portanto que há muito a avançar no que tange a questão medicamentosa, reconhecendo que a lista de medicamentos disponibilizados não atende as necessidades de saúde da população, uma vez que a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME, não condiz com a evolução tecnológica do setor farmacêutico, nem contempla medicamentos modernos e eficazes ao tratamento farmacológico, eximindo os gestores da dispensa de medicamentos e insumos que atendam a população de forma equânime, fazendo com quê esta, recorra ao judiciário como forma de garantia de seus direitos nas questões de saúde (CYRILLO & CAMPINO 2010).

Assim, a judicialização da saúde, fenômeno multifacetado, expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. A intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal - STF, com a realização de audiência pública, que possibilitou a interlocução entre atores envolvidos (PEPE, et al., 2010).

Tais intervenções judiciais no âmbito da gestão ganhou destaque no STF, conforme esclarece o Ministro Gilmar Mendes (2009):

“O fato é que o denominado problema da “judicialização” do direito a saúde ganhou tamanha importância teórica e prática, que envolve não apenas os operadores do direito, mas também os gestores públicos, os profissionais da área da saúde e a sociedade civil como um todo. Se, por um lado, a atuação do Poder Judiciário é fundamental para o exercício efetivo da cidadania, por outro, as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas, que se veem compelidos a garantir prestações de direitos sociais das mais diversas, muitas vezes contrastantes com a política estabelecida pelos governos para a área da saúde e além das possibilidades orçamentárias. Dessa forma, parece sensato concluir que, ao fim e ao cabo, problemas concretos deverão ser resolvidos levando-se em consideração todas as perspectivas que a questão dos direitos sociais envolve”.

As alternativas legais para a propositura de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, contra os poderes públicos, permitem vários ângulos de observação deste fenômeno. Todavia, os estudos sobre o tema apontam que grande parte desta demanda se concentra nos processos judiciais individuais de cidadãos reivindicando o fornecimento de medicamentos.

Há de ressaltar, que não há consenso entre o poder judiciário e o executivo, segundo autores citados sobre o fenômeno da judicialização da saúde, por um lado busca-se manter e/ou ampliar os direitos do cidadão, por outro lado afeta o orçamento dos órgãos gestores da saúde.

2.3 A INCLUSÃO DO DIREITO A SAÚDE PELO JUDICIÁRIO

A questão da judicialização da saúde ganhou força a partir da década de noventa, quando o usuário passou a pleitear na justiça a dispensação dos medicamentos para DST/AIDS, até então, não era atribuição legal do setor público de saúde. Sendo assim, as ações judiciais que deveriam servir para os casos excepcionais, torna-se regra, já que o judiciário passa a solucionar as dificuldades encontradas por aqueles que necessitam de medicamentos não oferecidos pelo SUS (PEPE *et. al.*, 2010).

De acordo com Sierra (2011, p. 257) considera-se:

O envolvimento do Poder judiciário na execução das políticas públicas trouxe uma série de implicações com o reconhecimento dos direitos de grupos sociais, pela opção de requerer judicialmente a consideração com a privação material a que estão submetidos. Daí, a tendência à invasão no Poder Judiciário por aqueles que, sem condições para recorrer aos serviços do

mercado, não conseguem garantir seus direitos pelo acesso às políticas do governo. Nesse sentido, o processo de judicialização merece destaque entre os assistentes sociais, visto incidir diretamente sobre as formas de gestão da questão social.

Para Bahia (2008), a crescente demanda de mandados judiciais para aquisição de medicamentos, ocorreu principalmente, devido a medicamentos novos lançados no mercado, ao aumento tecnológico na área da saúde, indução da prescrição e do consumo entre médicos x pacientes, bem como, às propagandas da indústria farmacêutica através de suas ações de *marketing* sobre determinados fármacos. Tais fatores acabam por transformar a saúde numa das áreas mais problemáticas para os gestores dos diversos níveis, uma vez que compromete a programação orçamentária e financeira dos cofres públicos, colocando em risco a execução das políticas de saúde destinadas a trabalhar o coletivo.

Já para Aguiński & Alencastro (2006), a judicialização “despolitiza” os conflitos sociais e enfraquece as classes, uma vez que as demandas ali postas não são compreendidas de forma coletiva, mas resolvidas individualmente, ocasionando a destituição dos direitos sociais e aperfeiçoamento dos mecanismos do controle social.

Assim, Hamacher (2011, p. 33) informa que “Poucos são beneficiados com tratamentos caros, custeados com recursos públicos, que faltam para a efetivação das políticas públicas de saúde deliberadas democraticamente”.

Enquanto Lopes (2010) define que o Estado por não assegurar políticas públicas que atendam os direitos dos cidadãos, tem levado milhares de pessoas a buscar no judiciário a garantia dos direitos que lhe são negados, para que esse interfira contra a inércia e omissões do poder público, quer seja quanto aos cuidados médicos preventivos, curativos e de reabilitação, quer seja no tratamento, tanto hospitalares quanto farmacêuticos. Afirma ainda, que o judiciário contribui de forma decisiva na efetivação e promoção dos direitos sociais.

Segundo Neto (2009, p. 84), devido aos crescentes números de ações impetradas contra o poder público e da intervenção do judiciário com vistas a atender o usuário em situações em que se verifica a inconstitucionalidade da lei, o Supremo tem, “praticamente, assumido o papel que seria do legislativo, ao editar a base principiológica das leis brasileiras e ao editar súmulas vinculantes”.

Para tanto, a judicialização implica em transferir ações que seriam de competência do Estado para o judiciário, o qual passa a implementar as políticas públicas já existentes e a ter uma participação mais efetiva na garantia dos direitos dos usuários, levando-os a recorrerem à

justiça quando tem seus direitos negados pelo serviço público (BLIACHERIENE & SANTOS, 2010).

Em relação à dimensão desse direito, Gandini *et.al.* (2010) afirma:

[...] é preciso reconhecer que a atividade implementadora do Poder Judiciário não lhe autoriza criar políticas, mas apenas implementar as já existentes. “O Estado tem, pois, o dever de prestar a tutela jurisdicional, como decorrência do princípio do acesso à justiça, insculpidos no art. 5º, XXXV, da CF”.

Por conseguinte, o poder judiciário passa a ter papel ativo e decisivo na concretização da Constituição, uma vez que o direito constitucional deverá ser cumprido, e em algumas situações caberá a juízes e tribunais embasar-se nas ações judiciais para aquisição de medicamentos e/ou procedimentos, determinando que o acesso seja efetivado como direito fundamental, conforme cita o Art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desde então, pesquisas têm sido realizadas buscando avaliar os vários aspectos que levam a judicialização da saúde, dentre os quais podemos elencar: o acesso do indivíduo ao medicamento prescrito; a dispensação com orientação profissional baseada na certeza de que a medicação está relacionada às reais necessidades do paciente e a garantia do direito à saúde e a universalização dos serviços (SILVA e BUSSINGER, 2011).

Hamacher (2011, p. 39), ao referir-se a judicialização diz:

Existem duas formas de judicialização da saúde: uma benéfica, quando busca pressionar o Poder Executivo a implementar as políticas públicas já existentes, alargá-las ou revisá-las (comprar medicamento constante das listas já existentes, aumentar a lista, etc.). Outra maléfica, que aprofunda desigualdades, quando busca o exercício de direito individual contra o Estado, que significa valer o direito de um em face do outro, tratando a saúde como bem exclusivo e de consumo rival. Neste último caso a saúde é tratada não como direito de cidadania garantido a todos os cidadãos, mas como bem particular de consumo exclusivo disputado por todos os cidadãos. Devemos buscar que o Poder Judiciário se oriente para a primeira forma de atuação.

De acordo com a literatura, Franco (2012) conceitua judicialização da saúde como o ato de transferir para o judiciário, respostas que deveriam ser de competência do poder público, uma vez que o sistema público de saúde apresenta-se ineficiente na qualidade dos serviços, frente aos problemas apresentados pela população.

Por conseguinte, o poder judiciário passa a ter papel ativo e decisivo na concretização da Constituição, uma vez que o direito constitucional deverá ser cumprido. Em muitas situações, caberá a juízes e tribunais embasar-se nas ações judiciais para aquisição de medicamentos e/ou procedimentos, determinando que o acesso se efetive como direito fundamental, garantindo assim, o direito ao tratamento, conforme cita o art. 196, na Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para Yoshinaga (2011, p.1), com o aumento do fenômeno da judicialização da saúde, os gestores tendem a preocupar-se, uma vez que as demandas judiciais passarão a refletir de forma significativa nos cofres públicos, não apenas no plano orçamentário, mas também no planejamento dos entes federativos.

Conforme assevera o Ministro Joaquim Barbosa apud Baliardo (2013), no Seminário do Direito à Saúde, ao discorrer:

"A judicialização dos direitos sociais à saúde é um tema "superlativo" e deve ser enfrentado sem rodeios em razão do número cada vez mais frequente de decisões administrativas e judiciais referentes ao pleito de cidadãos na busca por essa garantia elementar. E que no Brasil, a desigualdade no campo da saúde é tão expressiva, que se tornou imperativo para o Poder Judiciário atuar com bastante rigor e precisão, para impedir que o fosso entre os cidadãos se alargue ainda mais. Reconhecendo, contudo, que diante das limitações orçamentárias, não se pode impor ao Estado a responsabilidade pela concessão ilimitada de tratamentos e medicamentos. Porém, isso não deve servir como justificativa para o desrespeito a um direito que, além de constitucional, envolve uma garantia elementar, que é o direito à vida".

2.4 A OMISSÃO DO PODER PÚBLICO FRENTE À PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS.

Segundo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2008), o que acontece com as demandas promovidas pela judicialização da saúde é o desvio de recursos públicos, para atender usuários que buscam no judiciário a concretização dos seus direitos constitucionais, impactando nas finanças públicas por perdas nos mandados judiciais. Transcreve-se, no que interessa ao tema, parte das falas de alguns gestores.

Para Lindemberg Assunção - SES/BA, "várias ações judiciais são para atendimento de pacientes oncológicos, os quais são oriundos de clinicas privadas que iniciam o tratamento,

quando descobrem que não terão lucro, encaminham tais pacientes para rede SUS. E que em 2008, mais de 05 (cinco) milhões de reais foram gastos para atender esses casos”. (CEENSP, 2014)

A assessora técnica do CONASS – Lore Lamb defende que um dos pontos positivos da judicialização foi que os gestores passaram a dar visibilidade à assistência farmacêutica, devido ao alto custo de alguns fármacos, onerando no plano orçamentário dos municípios. Defende ainda, que a demanda judicial é necessária quando um paciente consegue comprovar a necessidade de conseguir determinada medicação, mas que não se deve atender um caso especificamente, em detrimento de vários outros com a mesma patologia (CEENSP, 2014).

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, constatou-se que 80% das ações contra o Estado havia pelo menos um medicamento não constava na lista dos medicamentos padronizados (PEPE *et. al.*, 2010). Enquanto em Minas Gerais, esse percentual é de aproximadamente 56% (MACHADO, 2010). Mas no Estado de São Paulo 62% dos itens solicitados via ação judicial, fazem parte da lista padronizada pelo SUS (VIEIRA e ZUCHI, 2007).

O fato, como acentua Barata & Bentes (2010), é que a demanda crescente dos mandados judiciais solicitando medicamentos, têm sido motivo de preocupação para as três esferas de governo (União, Estados e Municípios), uma vez que em alguns casos, o fármaco solicitado encontra-se na lista dos medicamentos padronizados pela RENAME e com o mesmo princípio ativo. Contudo, devido ao lançamento de novos medicamentos no mercado farmacológico, bem como, a interferência do *marketing* da indústria farmacêutica e da prescrição médica, o objeto solicitado na ação judicial passa a ser outro e de alto custo.

Reforçando a ideia de que a regulamentação do acesso aos medicamentos é essencial na discussão da judicialização, visto que muitos medicamentos não fazem parte das Portarias e dos Protocolos Clínicos elaborados, nem estão contemplados em nenhuma política pública, como é o caso dos medicamentos antirretrovirais, dos oncológicos, hepatite C, por terem custos elevados e não serem contemplados pelo SUS, resultando no significativo aumento de mandados judiciais (FREDES, 2012).

Com a publicação da Política Nacional de Medicamentos - PNM, por meio da Portaria GM/MS 3.916 em 1998, houve a divisão de atribuições entre as três esferas de governo na assistência farmacêutica, estabelecendo parâmetros tanto para o financiamento e a dispensa dos medicamentos, como para a elaboração da lista padronizada (BRASIL, 2004).

Já com a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003, o Conselho Nacional de Saúde assegurou na Política Nacional de Assistência

Farmacêutica - Resolução nº 338, 06 de maio de 2004 (CONASS, 2007), um serviço qualificado dos produtos e serviços, integrados nas políticas públicas, buscando resultados concretos para melhoria de vida da população (PEREIRA *et. al.* apud MACIEL, 2011).

Nessa área de medicamentos, houve muitos avanços, assim como a municipalização e o processo de descentralização da atenção básica, os municípios passaram a assumir de forma direta as ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica da Atenção Básica - AFAB, definindo valores a serem transferidos (FERRAES, 2002). Outro avanço que se pode pontuar é quanto à competência dos gestores em viabilizar a relação atualizada para embasar a seleção dos medicamentos a serem disponibilizados aos pacientes (CONASS, 2009).

Contudo, ainda há uma disparidade no que tange a padronização de medicamentos e exames de alto custo, uma vez que as Portarias e protocolos clínicos elaborados, não contemplam a realidade dos problemas de saúde da população, principalmente nos diagnósticos patológicos de câncer, hepatites, diabetes, etc.

Essas ações e serviços devem ser distribuídos igualmente a todos, sem distinção. No entanto, quando nos referimos à medicina curativa, às ações e serviços de saúde voltados à recuperação da saúde, é preferível nos referirmos ao princípio da equidade: permitir a cada um, em função de sua liberdade, de se beneficiar dos serviços que necessita (AITH, 2007).

Sendo o conceito de medicamento definido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), informam que os medicamentos satisfazem as necessidades de saúde prioritárias da população, devendo estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade.

Ademais, como forma de amenizar as diversidades postas pela organização do sistema e atenuar as desigualdades regionais, foi regulamentada a Lei nº 8080/90 através do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, buscando o fortalecimento do SUS, dando mais transparência na gestão e uma rede regionalizada e hierarquizada, que pudesse atender a população em diversas ações, dentre elas o acesso aos medicamentos através da gestão da assistência farmacêutica (CARVALHO, 2012).

O Decreto nº 7.508/2011 pressupõe o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica, cumulativamente, conforme cap. IV Art. 28:

- I – estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II – ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III – estar a prescrição em conformidade com a RENAME e com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos.
- IV – ter a dispensação ocorrido em unidades indicada pela direção do SUS.

Diante dessa premissa, se evidencia que apesar dos desafios enfrentados pela população na garantia dos seus direitos, ainda é possível identificar fragilidades na assistência farmacêutica, uma vez que a lista de medicamentos padronizados não contempla a necessidade dos usuários, ora pela dificuldade ao acesso dos medicamentos básicos, outra pelo desabastecimento do medicamento, mesmo sendo este inserido na Portaria. Ocasionalmente o aumento no número de ações judiciais, como forma de garantia de direitos em nome do princípio da precaução do direito à vida.

2.4.1 As demandas judiciais de medicamentos: características comuns e divergentes

Há uma constatação comum nos estudos de que a prescrição médica é o principal respaldo para a decisão do juiz, sendo importante analisar aspectos comuns e divergentes relacionados à prescrição medicamentosa nos diferentes estudos (MESSEDER, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2005).

Cabe ao poder público zelar pela saúde da população, minimizando os riscos de uso acrítico de tecnologias, especialmente o relacionado às "novas" incorporações tecnológicas que, mesmo tendo passado pela avaliação de sua eficácia, ainda devem ser submetidas a um monitoramento para a avaliação de sua segurança. No Brasil e em outros países, há diversos exemplos de medicamentos "inovadores" que são retirados do mercado após algum tempo de uso, o que tem reforçado a necessidade de se ter uma conduta cautelosa. A retirada do mercado internacional e nacional de "novos" medicamentos, como dos anti-inflamatórios Coxibe, indicam as fragilidades ainda existentes nos métodos científicos disponíveis para constatação dos riscos à saúde relacionados ao uso dessas novas substâncias (PEPE et al., 2010).

O Estado brasileiro tem como dever não apenas a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde, mas também a proteção da saúde da população. Neste sentido, é admirável que todos os aspectos regulatórios e sanitários sejam observados pelos envolvidos na demanda judicial, buscando-se garantir a proteção à saúde dos pacientes.

Deve-se ainda considerar que o Poder Judiciário, tem determinado o fornecimento de um medicamento, buscando garantir o direito à saúde do reivindicante, em especial sua integridade física e bem-estar, como um aspecto da dignidade humana. Assim, a efetivação deste direito depende de que, no momento da tomada de decisão, sejam adotadas medidas que certifiquem a segurança do paciente, tanto por parte da gestão da AF como do Poder Judiciário.

3 - REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi previamente submetida e posteriormente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa /NUSAU – Porto Velho-RO, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer de nº 240.429 (ANEXO A).

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, exploratório, retrospectivo com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (2002, p. 21-22), a pesquisa qualitativa “responde as questões particulares, e que em Ciências Sociais preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Lazarfeld (In: Haguette, 2001, p. 64), “na pesquisa qualitativa há um mínimo estruturação prévia. Não se admitem regras precisas, como problemas, hipóteses e variáveis antecipadas, e as teorias aplicáveis deverão ser empregadas no decorrer da investigação”.

Na aplicação dos questionários foi preservado o anonimato dos sujeitos da pesquisa e o sigilo dos dados obtidos.

Foi adotado um termo de permissão de acesso junto a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Velho, para analisar os mandados judiciais impetrados durante o período de 2007 a 2012. (APÊNDICE A).

Foi aplicado um questionários com perguntas abertas e fechadas ao universo escolhido com uma amostragem (n=30), para isto foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

3.2 - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA PESQUISA

A área de abrangência da pesquisa de campo foi no município de Porto Velho/RO, capital do Estado de Rondônia, onde buscou-se o universo de crenças, valores, atitudes e situação socioeconômica dos usuários inseridos neste estudo.

Foram analisados nesta pesquisa os mandados judiciais proferidos nos anos de 2007 a 2012, dos pacientes que recorreram ao judiciário contra o município de Porto Velho/RO, junto a Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA, setor de Divisão de Serviço Social – DSS.

3.3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa 30 usuários munícipes de Porto Velho/RO, que acionaram o judiciário para garantir seus direitos assegurados na Constituição Federal, Art. 196 (BRASIL, 1988) compreendendo usuários que tiveram seus pedidos de medicamentos negados pelo município no período de 2007 a 2012.

Foram excluídos, aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou aqueles que não foram localizados em suas residências no decorrer da aplicação dos questionários pela pesquisadora, por duas tentativas consecutivas ou ainda aqueles que já haviam ido a óbito.

3.4 – TÉCNICAS UTILIZADAS PARA COLETA DE DADOS

Para analisar os mandados judiciais contidos na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho/RO, foram escolhidos um grupo de 30 usuários (n=30), residentes na zona urbana de Porto Velho, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou privado, nos anos de 2007 e 2012. A amostra foi obtida de ordem cronológica, sendo cada dez mandados judiciais verificados, no qual foi escolhido o último, ou seja, o décimo, ficando os demais excluídos.

Sendo aplicado ao universo escolhido (n=30), um questionário construído com perguntas abertas e fechadas, considerando variáveis sociais e econômicas: renda familiar, escolaridade, gênero, idade, situação de habitação e outros. Com essa técnica, teremos dados que não estão disponíveis em outras fontes, além de informações do próprio usuário, como suas opiniões, expectativas, situações vivenciadas, bem como, os fatores que os influenciam e/ou os motivam a recorrer ao judiciário, constituindo a segunda fase da pesquisa (APÊNDICE C).

O questionário foi aplicado pela pesquisadora nas residências dos usuários, em dias e horários previamente agendados e confirmados. Nos casos que houve dificuldades na localização de alguns usuários, foi selecionado o mandado imediatamente anterior, até que fosse preenchido o requisito de inclusão.

De acordo com Marconi & Lakatos (2008), formulários consistem em um conjunto de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador durante uma entrevista face a face, podendo-se afirmar que ele é um questionário utilizado como método de comunicação para realizar a entrevista pessoal.

3.5 TABULAÇÕES DOS DADOS

Os dados coletados foram reunidos e agrupados de acordo com as perguntas abertas e fechadas, fazendo-se leituras e releituras das respostas obtidas, destacando as informações mais relevantes. Sendo utilizados critérios para a tabulação de perguntas abertas e fechadas:

3.5.1 Para as perguntas abertas

a) Verificou-se a coerência com as respostas obtidas através dos entrevistados após aplicação dos questionários.

3.5.2 Para as perguntas fechadas

- a) Após as respostas serem selecionadas, somadas e tabuladas, foi utilizado o *Software Excel 2010* para construção de tabelas e gráficos.
- b) Iniciando pela primeira pergunta do questionário, computando a quantidade de respostas para cada alternativa apresentada e assim, sucessivamente.

3.6 - ANÁLISE DOS DADOS

Para Alves & Silva (1992), a análise qualitativa caracteriza-se por buscar significados na fala dos entrevistados, interligando conceitos em que os mesmos estão inseridos com a delimitação do problema que se deseja pesquisar. Ora detendo-se nas interpretações levantadas, ora nos entraves identificados, em seu significado num determinado contexto e na pesquisa como um todo, buscando-se interpretar e apreender todas as informações trazidas pelo usuário, para que haja maior objetividade e precisão na análise.

Assim, a análise dos dados dessa pesquisa procedeu da seguinte forma:

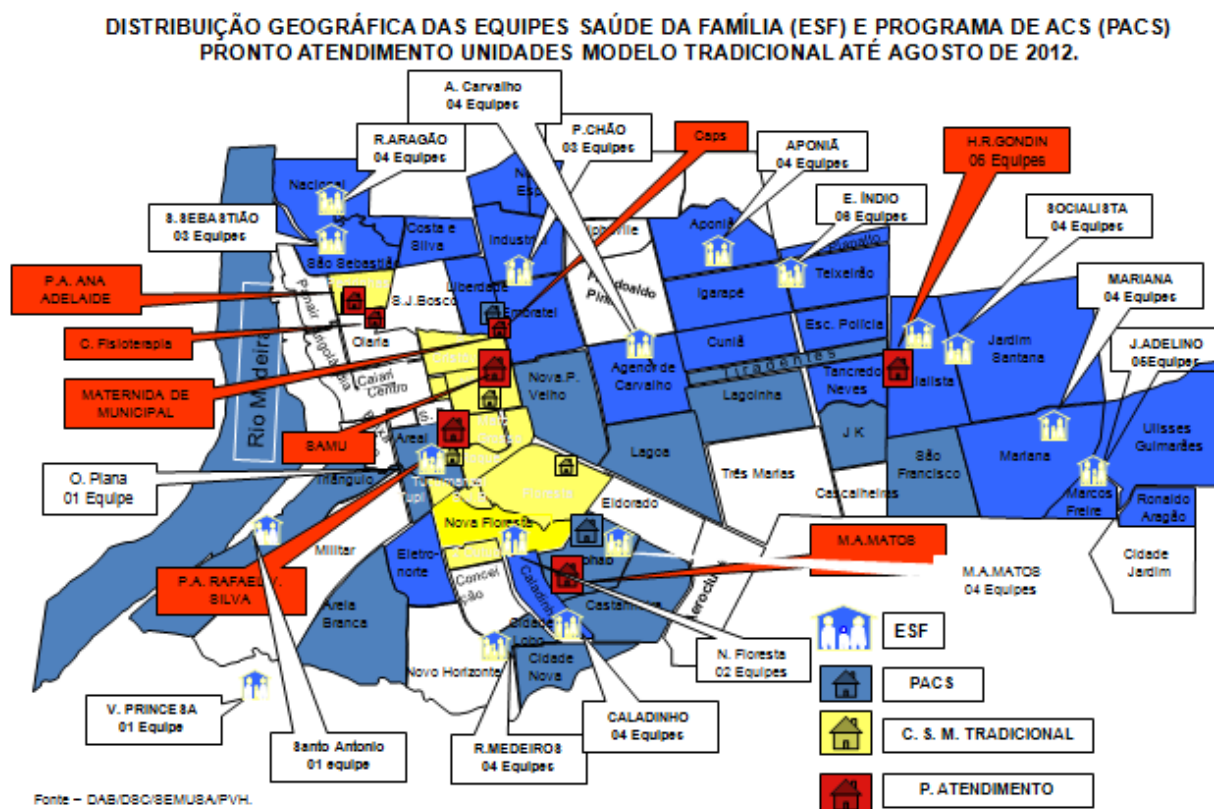
- a) Concomitante com a aplicação do formulário analisou-se as perguntas abertas através de sentimentos, comportamentos, emoção, situação financeira dos entrevistados. Revendo e relendo tais perguntas, até a análise conseguisse atender a pesquisa supracitada.
- b) Quanto às perguntas fechadas, foram tabuladas eletronicamente, sendo reproduzidas em tabelas e analisadas através de gráficos, utilizando o *Software Excel 2007*.

4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, possui uma população estimada de 484.992 mil habitantes (IBGE, 2010), sendo o município mais populoso do Estado, consolidando-se como a quarta maior cidade da Região Norte, além de ser a que mais cresce economicamente no país.

No que se refere à capacidade instalada, o município de Porto Velho possui: 31 Unidades Saúde da Família, destas 17 localizam-se na zona urbana e as demais na zona rural e áreas ribeirinhas, 02 Unidades de Pronto Atendimento (urgência e emergência), 03 Policlínicas, 01 Ambulatório especializado, 01 Centro de fisioterapia, 03 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (Adulto, Infantil e Álcool e Drogas), 01 Centro de Referência da Saúde da Mulher, 01 Maternidade Municipal, 02 UPAS – Unidade de Pronto Atendimento e 01 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, conforme distribuição na figura abaixo.

FIGURA 1 – Distribuição Geográfica



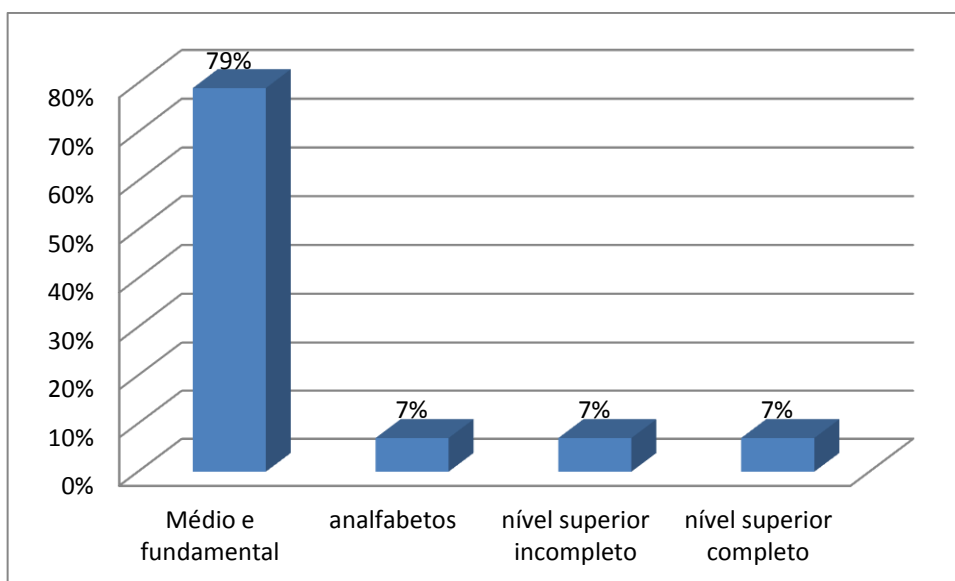
Para melhor explicitar os dados coletados, optamos por apresentá-los em forma de gráficos e tabelas. E para representação gráfica destes, foi utilizado o *Software Excel 2007* para que sejam visualizados os resultados obtidos, conforme demonstrado nos gráficos e tabelas a seguir apresentados.

Sendo o nosso objeto de estudo, os mandados judiciais impetrados contra o município de Porto Velho no período de 2007 a 2012. Nesse estudo, foram considerados apenas os casos de usuários que acionaram o judiciário solicitando medicamentos, resultando em 250 pedidos no período retrocitado.

Ao analisarmos os dados referentes à faixa etária e estado civil, verificou-se que não há como distinguir de forma universal, visto que a amostra da pesquisa apresenta-se com idade entre 04 anos até 84 anos. O que aparentemente os dados nos mostra, que todos independente da idade buscam na justiça a garantia dos seus direitos e de sua efetivação, através da dispensa dos medicamentos pleiteados.

De modo geral, cabe ao Estado oferecer a todos um completo bem-estar físico e mental sempre quando houver danos e risco á população, através de políticas públicas que atendam essa população de forma equânime e igualitária, respeitando suas peculiaridades (MARRARA, *et.al*, 2010).

GRÁFICO 1: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, segundo grau de escolaridade.



FONTE: Autora, 2014

Aparentemente, a maioria das pessoas que buscam o judiciário para pleitear seus medicamentos, não tem nível superior e/ou um grau de escolaridade mais elevado. Tal percepção vai ao encontro da relevância dessa pesquisa, uma vez que o pressuposto da pesquisa sugeria que somente quem tivesse formação ou condição social melhor é que teria acesso e recorresse à justiça em busca da efetivação dos seus direitos.

Nesse transcurso observou-se, que mesmo pessoas analfabetas e com o primeiro grau, buscam no judiciário a garantia de seus direitos negados enquanto cidadãos. Segundo Neto (2008, p. 94), ao coagir o Estado a cumprir um dever constitucional, o judiciário acaba assumindo o papel de “disseminador da democracia, abrindo a possibilidade de preenchimento do vazio que havia e, de uma hora para outra, todos tinham de fato, acesso à cidadania. E que pela primeira vez na história do país, os pobres teriam acesso à justiça”.

Evidenciando assim, a necessidade de ações nos serviços de saúde que possam atender o usuário em todas as etapas de sua vida, quer seja na atenção primária, quer seja nas ações mais complexas, conforme preconiza o SUS.

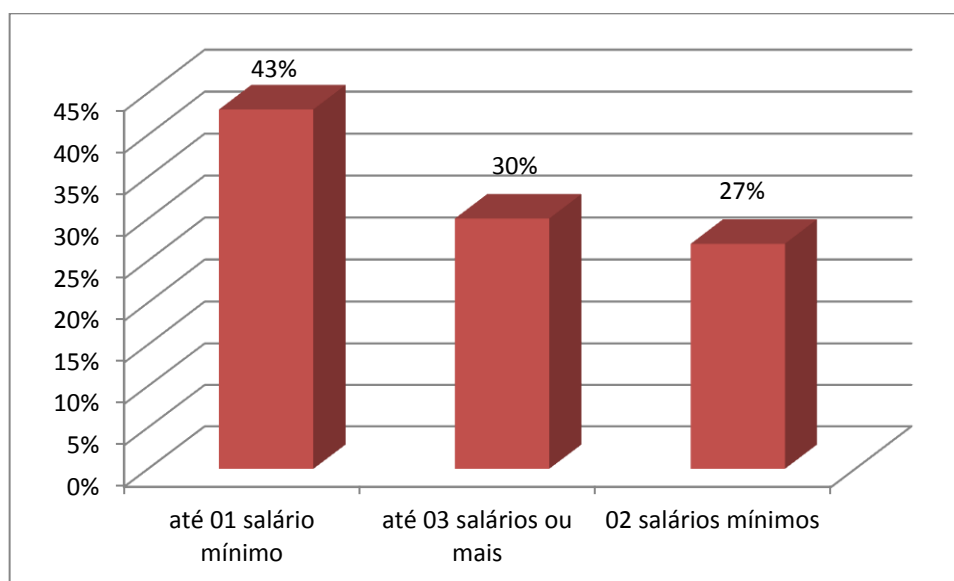
Quanto à ocupação declarada pelos entrevistados, 34% informaram ser aposentados, 23% desempregados, 20% declararam-se “do lar”, 20% são funcionários públicos, enquanto 3% informaram ser autônomos.

Dentre os questionários aplicados, observou-se que apesar da maioria dos entrevistados serem aposentados, os mesmos alegam falta de condições financeiras para custeio do tratamento medicamentoso, atendimento médico especializado e insumos terapêuticos (fraldas geriátricas, fitas de glicosímetro, etc.), sendo o medicamento o mais pleiteado.

Ante o exposto, é relevante à implementação de uma política de assistência farmacêutica, de modo a organizar a dispensação de medicamentos às pessoas que não possuem condições financeiras de adquiri-los.

Para Negri (2002, p. 29), “o peso dos medicamentos no orçamento familiar e sua absoluta necessidade para a condição de saúde da população tornam obrigatória uma ação pública”.

GRÁFICO 2 – Distribuição do número de respostas dos entrevistados, segundo renda familiar.



FONTE: Autora, 2014

Analisando os dados em relação à renda familiar, constata-se que 43% dos entrevistados percebe uma renda salarial de R\$ 678,00 correspondendo há 01 (um) salário mínimo, apresentando baixo poder aquisitivo, interferindo diretamente no tratamento que o mesmo necessita, visto que alguns medicamentos são de alto custo, não são dispensados nas Unidades de Saúde para população e/ou não constam na lista dos padronizados.

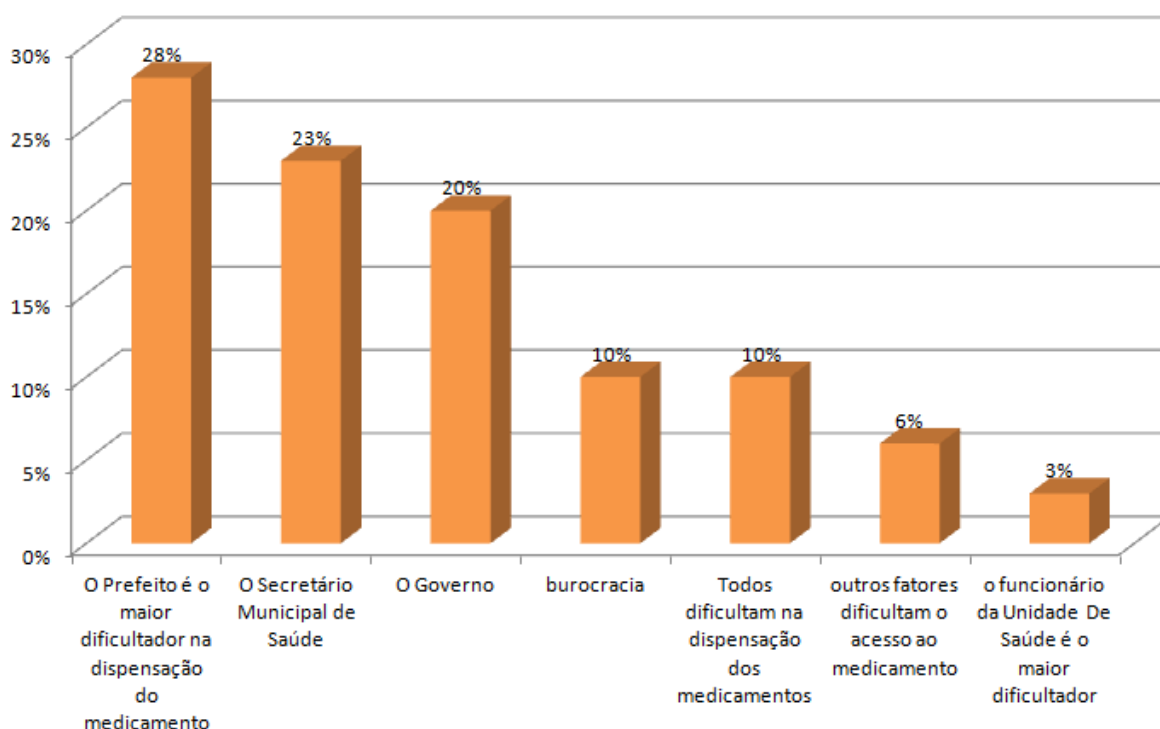
Outro ponto relevante que os resultados nos mostra, é que como a maioria dos entrevistados são idosos, necessitando de cuidados cada vez mais direcionados as suas sequelas e patologias, passando a apresentarem mais sintomas, noutros casos são provedor do sustento da família, não possuindo condições financeiras de adquirir o tratamento medicamentoso, levando-os a buscarem alternativas para aquisição do seu tratamento, gerando processos judiciais devido à falta de medicamentos e insumos (fraldas).

Considerando, que o atendimento á saúde é dever do Estado para com seus cidadãos, devendo amparar à criança e o adolescente, priorizando o direito à vida, saúde, alimentação, educação, bem como, protegê-los de qualquer forma de violência. Devendo ainda, assegurar ao idoso sua dignidade, respeito, convivência familiar e em comunidade, assegurando-lhes o direito á vida (LEAL, 2008, p. 13-14).

Quanto à distribuição dos entrevistados por número de pessoas que trabalham fora, os dados mostra que o maior índice percentual é daqueles que na família nem todos trabalham,

de maneira que este resultado pode estar interligado ao fato de algum membro da família ser o cuidador, ou até mesmo o fato do próprio usuário não poder trabalhar devido ao seu problema de saúde, sobrevivendo de ajuda de familiares e/ou conhecidos. “Apesar dos avanços e mudanças da sociedade, a família continua sendo primordial na estrutura social, pois passa a assumir o papel de proteger os seus membros”. (GRELHA, 2009, p.114).

GRÁFICO 3: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, conforme dificultador da dispensa dos medicamentos pleiteados junto ao judiciário.



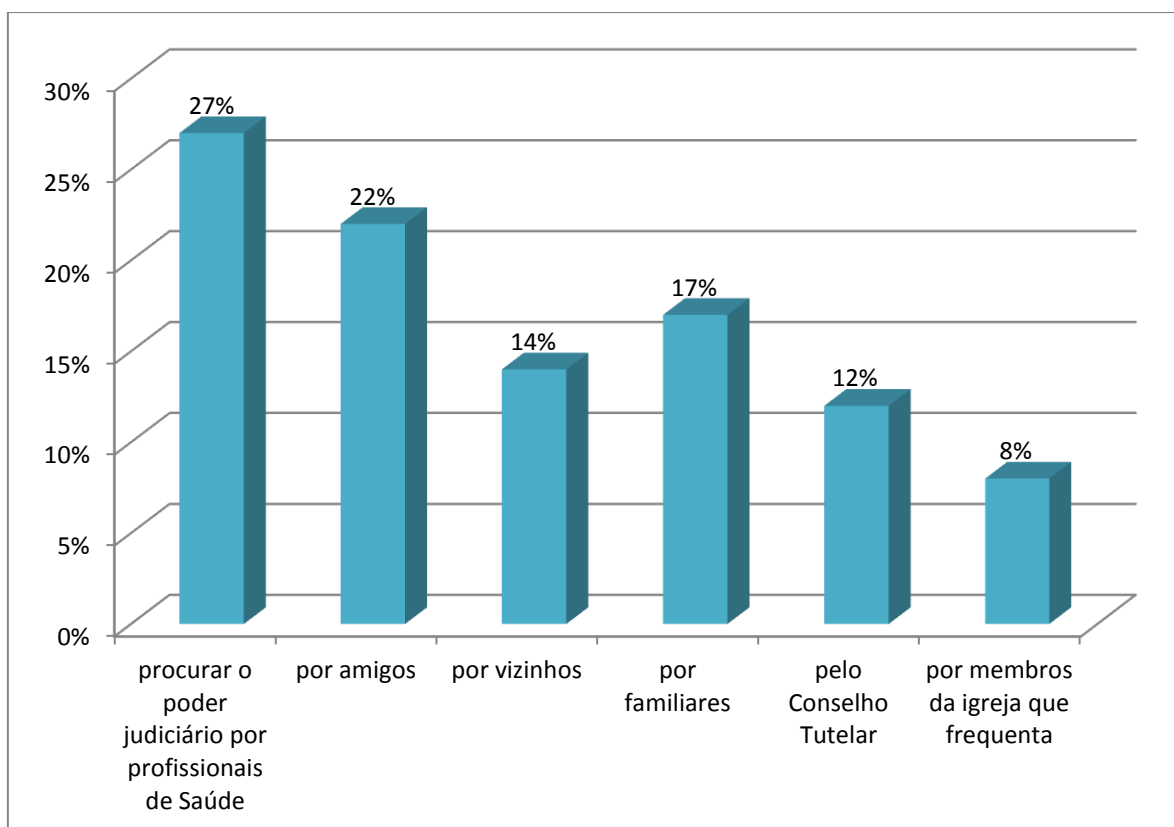
FONTE: Autora, 2014

Ao analisar-se quanto o maior dificultador na dispensação, verificou-se que a maioria dos entrevistados pontua o poder público como maior dificultador na dispensa dos medicamentos, presumindo-se que os serviços de saúde necessitam adequar-se, considerando o aumento de mandados judiciais em desfavor dos gestores públicos, e que os recursos são escassos diante da necessidade da população que ora se apresenta, visto que não há um planejamento prévio para essa demanda e que a carência dos recursos públicos tem sido nítida, principalmente quando se trata das necessidades da população.

Segundo Cyrillo & Campino (2010. p. 31), a população anseia por um sistema público de saúde universal e igualitário, tendo seu atendimento voltado para garantia de direitos, bem como, a dispensa dos medicamentos seja conforme necessidades da população.

Conforme cita a referência expressa na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), Art. 2º: “A saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990)

GRÁFICO 4: Distribuição do número de respostas dos entrevistados quanto a procura pelo judiciário, frente a negativa do poder público.



FONTE: Autora, 2014

Quanto à procura pelo judiciário por parte dos entrevistados, um dado que chama atenção é o percentual de profissionais da saúde que sugerem a judicialização aos usuários, uma vez que cabe ao profissional da saúde esgotar todas as possibilidades de atendimento deste usuário antes de transferir essa demanda para o judiciário.

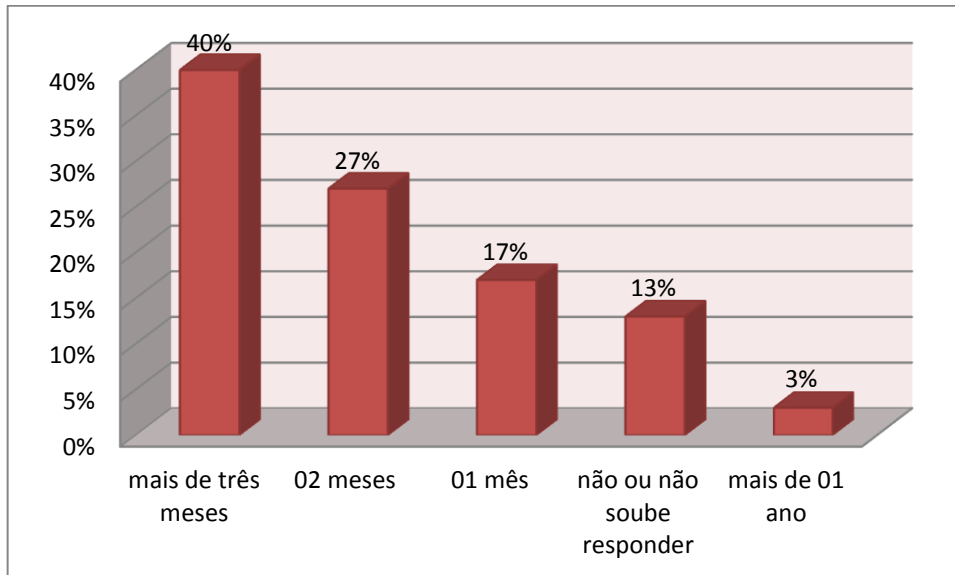
Salvo melhor análise, os profissionais da saúde deveriam verificar se o tratamento pleiteado consta na lista dos medicamentos padronizados; se a prescrição do medicamento foi solicitada por profissionais do SUS; se tais fármacos são do componente da farmácia básica; se o que fora prescrito pode ser substituído por outro medicamento da atenção básica; se o medicamento tem registro na ANVISA e/ou se condiz com a patologia do usuário, uma vez que alguns medicamentos não têm evidências que comprovem a sua eficácia.

É importante ressaltar, que nos casos que o medicamento não possui registro na ANVISA ou não tem padronização, nem registro no país, os mesmos podem comprometer não somente o orçamento da gestão, mas também, pôr em risco a vida do usuário.

Destarte, pode-se citar o caso do fármaco “SOLIRIS (Eculizumabe)”, prescrito para tratamento de anemia rara, considerado como o tratamento medicamentoso mais caro do mundo, não comercializado no Brasil, não faz parte da lista dos medicamentos do SUS, não consta na RENAME, sendo comercializado somente na Califórnia/EUA (CAVALHEIRO, 2012, p. 132-133).

Embora, não tenha aparecido como resposta nos questionários aplicados, deve-se ressaltar que a maior demanda dos mandados judiciais são oriundas das Defensorias Pública (Federal/Estadual) e dos Ministérios Público (Federal/Estadual), além do fato que existem advogados “especializados” nas ações contra o Executivo, em que mesmo quando os usuários são atendidos nas suas solicitações (fármacos e insumos), promovem ações no sentido de pleitear danos materiais, morais e até multas em face dos gestores/gestão.

GRÁFICO 5: Período de dispensa dos fármacos, segundo números de respostas dos entrevistados.



FONTE: Autora, 2014

Em relação ao espaço de tempo (meses/ano) da dispensação dos medicamentos, os dados nos mostra que a maioria recebe os medicamentos com um tempo entre 01 a 03 meses. Contudo, dependendo da patologia do usuário, é um tempo que necessita ser revisto pela gestão, principalmente para aqueles usuários que fazem uso do medicamento de forma

contínua, que não pode haver interrupção, como é o caso de pacientes que fazem uso de colírios, com problemas mentais, oncológicos, como também aqueles que fazem uso de fraldas descartáveis e dietas enterais.

Na prática observa-se que, entendendo o judiciário tratar-se de urgência ou até mesmo risco de morte ao usuário, a decisão judicial muitas vezes pode vir associada a sanções (sequestros e/ou multas aos gestores da pasta ou da própria gestão da saúde), em que os prazos para dispensação do objeto pleiteado podem ser reduzidos à questão de horas, resolvendo assim, a necessidade informada pelo impetrante.

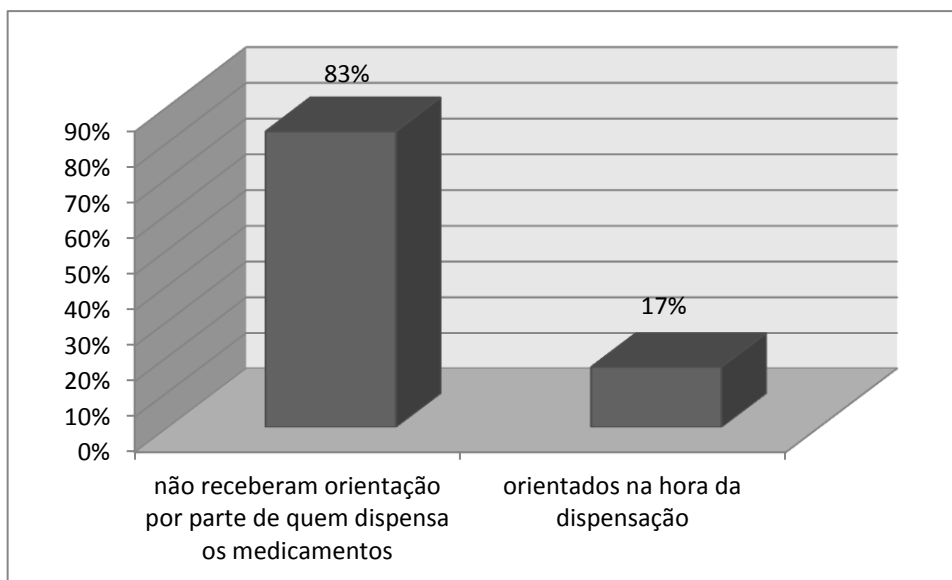
Ademais, esse atendimento “particularizado” por via judicial, deveria ser um procedimento rotineiro dos serviços e sistema de saúde, e não a necessidade da intervenção do Estado Juiz na gestão do Executivo, a luz do que preconiza o Art. 6 da Constituição Federal de 1988, que versa: “Determina a saúde o papel de formular as políticas de medicamentos e de executar as ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”.

Com relação ao entrevistado que informou que demora um ano para ser atendido, além de medicamentos e insumos, o mesmo pleiteou na justiça uma cadeira de rodas motorizada. Devido ao alto custo e como o mandado judicial cita a competência do atendimento para as 03 (três) esferas de governo – Municípios, Estados e União, o município manifestou-se a falta de condições de fornecer, ficando a cargo do Estado de Rondônia e/ou a União tal dispensa, devido à responsabilidade solidária dos entes federativos na saúde.

No entanto, se a princípio imaginava-se que na justiça pleiteia-se cadeira de rodas motorizada, medicamentos oncológicos, tratamentos de drogadição para dependentes químicos, osteoporose e outros medicamentos e insumos de alto custo, os nossos dados nos mostra que há também exemplos em que se trata da solicitação de medicamentos que estão na lista dos padronizados, como por exemplo, medicamentos para P.A (pressão alta) e diabetes, os quais devem ser fornecidos nas Unidades de Saúde, para atendimento dos usuários cadastrados no programa Hiperdia.

Como se vê, nem sempre a judicialização acontece devido à falta de medicamentos que estão fora da lista dos padronizados e/ou de alto custo. Podendo ocorrer também, devido à falta de planejamento da gestão quando deixam de assegurar o suprimento daqueles fornecidos pela farmácia básica, de forma regular e contínua (FREDES, 2012).

Já para Maciel (2011, p. 9), os profissionais prescritores da medicação devem observar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, considerando a padronização da RENAME e não se deixar influenciar por laboratórios e/ou pelas indústrias farmacêuticas.

GRÁFICO 6: Dispensação dos medicamentos x orientação dos serviços de saúde.

FONTE: Autora, 2014

Analisando os dados em relação à orientação por parte de quem dispensa os medicamentos, observou-se enfim, que após a entrega da medicação, nem sempre há uma orientação por parte de quem dispensa, ou seja, um profissional da área de saúde da UBS, ACS ou até mesmo aquele funcionário que dispensa (farmácia, SAME, sala de imunização, etc.), para que seja realizado o consumo do medicamento de forma correta.

Face o exposto, é imperativo que o profissional que faz a dispensação dos fármacos entenda que o usuário que busca atendimento nos serviços de saúde, pode ser analfabeto, ter problemas na visão, ser idoso, morar sozinho, não ter ninguém que possa orienta-lo quanto às causas adversas da medicação ou até mesmo não fazer uso nos horários prescritos. Daí a necessidade de que ao dispensar os medicamentos, o profissional oriente de maneira clara o usuário quanto à correta utilização dos medicamentos, “baseando-se na certeza que a medicação prescrita está realmente relacionada às reais necessidades do paciente”. (SILVA e BUSSINGER, apud. MACIEL, 2011, p. 6).

TABELA 1: Distribuição do número de respostas dos entrevistados, conforme patologia apresentada.

Respostas	Porcentagem (%)
Paraplégico	13%
Tetraplégico/ac. Transito	10%
Paralisia cerebral	7%
Glaucoma	7%
Alzheimer	3%
Cadeirante/fraldas	3%
Câncer do esôfago	3%
Def. físico	3%
Def. múltipla	3%
Déficit neuromuscular	3%
Drogadição/dep. Químico	3%
Esquizofrenia/Autismo	3%
Esquizofrenia/Prob. Mentais	3%
Estoma/ ferida exposta	3%
Infarto	3%
Lesão medular, bexiga neurogênica, má circulação dos membros inferiores.	3%
Não informou	3%
Osteoporose	3%
Cardiopata	3%
Diabetes	3%
Pressão arterial	3%
Cardiopata	3%
Ex fumante	3%
Problema de circulação/trombose	3%
Sífilis congênita	3%
Total geral	100%

FONTE: Autora, 2014

Os dados nos mostra que das patologias apresentadas, mais de 50% requer tratamento e medicamentos a longo prazo, e que apesar do município ser responsável somente pela atenção básica, tais demandas são encaminhadas via judicial para que a gestão municipal atenda, partindo do principio que são ajuizadas contra as três esferas de governo, de forma indiscriminada (PETEFFI, 2010), impactando economicamente na gestão municipal, uma vez que alguns tratamentos não estão previstos nas leis orçamentárias do poder público, e nem são previsíveis (ASSENSI, 2013), como é o caso dos acidentes de trânsito, que além de causarem

gastos excessivos para gestão constituem importante problema social e de saúde pública. (SEMUSA, 2009 p. 43).

É curioso observar que historicamente, o fenômeno da judicialização da saúde começou pelo fornecimento de fármaco para o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, posteriormente para o fornecimentos relacionados a outras patologias, ampliando-se para o fornecimento de insumos como cadeiras de rodas, fraldas, seringas, etc, muitas vezes decorrentes de casos de acidentes e violências.

TABELA 2: Distribuição das respostas dos entrevistados, quanto às ações que o governo deveria fazer para garantir a continuidade do tratamento.

Respostas	Porcentagem (%)
Não deixar de atender os pacientes	20%
Não deixar faltar à medicação nas Unidades de Saúde	18%
Não deixar faltar fraldas para os pacientes nem os medicamentos	11%
Atender melhor o usuário e ampliar o atendimento ao idoso	9%
Assistência; atender melhor, saber as dificuldades do paciente.	3%
Auxílio domiciliar, até para pegar receita tem dificuldades (10 itens). Liga em Brasília porque os médicos não querem atende-lo	3%
Capacitar funcionários da Gerência de Medicamentos para que eles dispensem a medicação a tempo	3%
Comprar a medicação que é solicitada	3%
Que o governo possa dar prioridade a saúde e educação	3%
Faça uma política voltada para o dependente de drogas	3%
Fonoaudiólogo (não há locomoção) falta Centro de Referência para esse tipo de atendimento próximo a sua casa	3%
Fornecer as medicações da minha filha e dos outros pacientes sem atraso	3%
Garantir que os pacientes recebam o medicamento sem precisar entrar na justiça	3%
O governo pode por ordem, tudo bagunçado, já procurou TFD para leva-las para fora.	3%
Planejamento logístico, trabalhar as informações do usuário.	3%
Que a LOAS funcione e que o governo dispense a medicação sem intervenção judicial	3%
Não respondeu	3%
Tratar com mais respeito os pacientes do SUS	3%
Total geral	100%

FONTE: Autora, 2014

Ao analisarmos as respostas dos entrevistados, quanto às ações que o governo deveria fazer para garantir a continuidade do tratamento, os dados informam, que tais solicitações e anseios dos usuários quanto a melhorias no atendimento, dispensa dos medicamentos em tempo hábil, atendimento digno e de qualidade, serem tratados com respeito, acessibilidade aos serviços de saúde, já é responsabilidade da gestão, inclusive alguns serviços solicitados já são implantados no município (Ex. Centro de Reabilitação).

Para Moreira (2013, p. 51-52), o que falta na verdade é a implementação de políticas públicas que atenda os usuários de forma equânime e igualitária, visando reduzir risco de doenças e outros agravos, bem como, a garantia de seus direitos sociais como um todo (saneamento, moradia, emprego, lazer, esporte, cultura, etc).

TABELA 3: Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo solicitação de medicamentos negados pelo serviço público.

Respostas	Porcentagem (%)
Sente-se humilhado, chateado, com raiva, desrespeitado, triste, indignado, violentado, tem que esperar a entrega pela SEMUSA.	27%
Não respondeu.	18%
Deprimente, dar entrada junto ao judiciário e mesmo assim continuar correndo atrás.	3%
Desespera-se, fica difícil, pois a renda é pouca. Há mais ou menos dois anos atrás dava para comprar, agora não.	3%
Diante de um monte de incompetente que quer tratar o serviço público como algo particular. Já que o medicamento, educação é institucional. E tendo a negativa o usuário vai no HB e aciona o Estado.	3%
Entendo a burocracia do serviço público.	3%
Falta de respeito com os idosos, trabalhei por essa RO.	3%
Fico preocupada com a situação da minha filha, deixo muitas vezes de comprar comida para comprar sua medicação.	3%
Impotente, porque o mandado de segurança tem que ser cumprido.	3%
Lesada, pois o governo, prefeito e políticos tem dinheiro para comprar medicamento e desviam para outras coisas.	3%
Preocupada, porque meu filho usa muita fralda e os medicamentos o Estado dá.	3%
Que a gestão deveria dar mais importância, e que a filha foi desvalorizada - "por enquanto". Não há programa legal, normalizam, sem estrutura.	3%
Que sente-se culpado, pois contribui para eleger os governantes que aí estão.	3%
Sente-se triste, pois se sente humilhado com a situação.	3%
Tenho paciência.	3%
Um abuso, já que cumpre com todos seus deveres.	3%
Uma falta de vergonha, uma roubalheira, faltar alimento para os pacientes doentes.	3%
Total geral	100%

FONTE: Autora, 2014

Através dos resultados acima, os dados informam que grande parte dos entrevistados se sente impotentes, culpados, envergonhados, com seus direitos violados, ante a situação que ora se apresenta nos serviços de saúde, com a morosidade dos agendamentos e atendimentos, falta de medicamentos nas Unidades de Saúde, falta de profissionais na rede de atendimento, bem como, falta de acolhimento e acessibilidade, infringindo toda a dignidade humana. Segundo Carvalho (2008), o ser humano deve ter direito à “saúde no seu mais alto grau, caso contrário, não seria alcançado o conceito de dignidade e nem a completude do direito à saúde, o qual é elementar a vida”.

Havendo, portanto, ponderações sobre os efeitos negativos do fenômeno da judicialização da saúde sob três principais ângulos. O primeiro aponta que o deferimento absoluto de pedidos judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, uma vez que favorecem aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça; igualmente apontam para o possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda (VIEIRA, ZUCCHI, 2007).

O segundo refere-se às dificuldades na gestão da AF, propriamente dita, uma vez que a ágil resposta às demandas judiciais, não previstas no planejamento dos serviços, faz com que alguns deles criem uma estrutura "paralela" para seu acompanhamento, se utilizem de procedimentos de compra não usuais na administração pública e tenham maior gasto na aquisição destes medicamentos.

O terceiro refere-se à segurança do paciente em razão de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, e, em especial, na prescrição de "novos" medicamentos e/ou "novas" indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas (LOPES, et al., 2008).

TABELA 4: Reação frente ao pedido de medicamento de um valor expressivo ou oneroso, em detrimento do seu poder aquisitivo.

Respostas	Porcentagem (%)
O que recebe mal dá pra viver.	33%
Medicamento mais caro do que recebe.	30%
Acho uma palhaçada, porque se o Estado/Governo se organizasse não faltaria medicação e fraldas.	4%
Antes meu marido vendia queijo, depois da doença ele não tem como e acaba dependendo da justiça.	3%
Chateada, pois as vezes tem o dinheiro para comprar e outras não tem.	3%
Com vergonha, humilhado.	3%
Impotente.	3%
Não respondeu.	3%
Que por mais que eu reclame, tenho que esperar pelo atendimento do governo. Até porque sabe como é o salário de funcionário público.	3%
Se eu pudesse comprar nem pediria, ia na farmácia e comprava. Porque só eu sei o quanto demoram na entrega.	3%
Se eu tivesse condição nem precisaria pedir para SEMUSA, eu mesmo comprava.	3%
Sensação de desconforto, sendo obrigação do Estado.	3%
Sente-se mal, pois não tem a quem recorrer.	3%
Tenho até como comprar, mas não faço isso porque é papel do governo comprar esse medicamento que tomo.	3%
Total geral	100%

FONTE: Autora, 2014

Através dos resultados acima, os dados nos mostra que todos sem exceção apresentam a mesma dificuldade em comprar seu medicamento, devido ao salário que ganham e o valor cobrado nos medicamentos que fazem usos, mesmo aqueles usuários que tem renda fixa, são funcionários públicos e/ou aposentados, não conseguem assumir o seu tratamento medicamentoso.

É preciso salientar, que mesmo com a implantação da Assistência Farmacêutica vários medicamentos ainda não são fornecidos pelo SUS, necessitando a inclusão de novos fármacos nas listas padronizadas, para que tais pacientes não fiquem desassistidos. Por outro lado, nem sempre a medicação prescrita pelo médico é a que deve ser fornecida pelo SUS, deve-se levar em consideração se o fármaco prescrito condiz com o tratamento de saúde do usuário, ou se outro fármaco da lista não surte o mesmo efeito.

TABELA 5: Problemas mencionados, segundo respostas dos entrevistados.

Respostas	Porcentagem (%)
A demora do serviço; demora na entrega e falta de respeito com o paciente; e ainda, entrou com mandado, mas não sabe quando irá receber.	28%
A falta da medicação, de compromisso do governo com seus doentes, de cuidado com o deficiente físico.	20%
Entregar o medicamento no tempo certo.	9%
Fraldas geriátricas e sondas.	6%
A dificuldade de mudança na lei que estão ultrapassadas e ninguém faz nada.	3%
Atendimento médico domiciliar com a dispensação dos medicamentos	3%
Eu ter que ficar correndo atrás do município para comprar meu remédio. Isso não é certo.	3%
Informação entre o usuário e o funcionário público.	3%
Não respondeu.	3%
O atendimento de outros órgãos.	3%
O governo se organizar.	3%
O meu problema de saúde.	3%
Organização do serviço. Quando a criança adoece, liga para o SAMU que não atende e o pai tem que ligar para a polícia, e a criança acaba não sendo atendida por ninguém.	3%
Que a dieta seja comprada com quantidade que o paciente receba pelo ano todo.	3%
Que eu fique bom, limpo.	3%
Que eu receba o remédio todo mês, sem precisar ficar me humilhando.	3%
Total Geral	100%

FONTE: Autora, 2014

Conforme os dados acima, a dispensa dos medicamentos e a falta deles é considerado como um dos maiores entraves para o usuário, uma vez que os serviços de saúde não possui critérios e fluxos para encaminhamentos, baseados em protocolos de indicação. Dessa forma, por não ter o controle e a regulação prévia do atendimento ao usuário, o usuário ao ter seu pedido negado nas UBS e demais serviços, prefere recorrer ao judiciário na busca do fornecimento de medicamentos para o seu tratamento, buscando a efetivação dos seus direitos.

De acordo com Sarlet (1988), “Com base numa alegada (e mesmo comprovada) insuficiência de recursos – se acabe virtualmente condenado á morte a pessoa cujo único crime foi o de ser vítima de um dano á saúde e não ter condições de arcar com o custo do tratamento”.

CONCLUSÃO

Face o exposto, o estudo evidenciou que faz-se necessário repensar a gestão da assistência farmacêutica, em função do número expressivo de ações para aquisição de medicamentos e/ou produtos farmacêuticos, não previstos e/ou padronizados, auxiliados pela prática da automedicação, desinformação do usuário, falta na adoção de critérios e protocolos clínicos terapêuticos e o *marketing* das indústrias farmacêuticas, representando graves consequências à saúde da população.

Tais concepções insurgiram das respostas objetivas e subjetivas dos 30 entrevistados, usuários do Sistema Único de Saúde que acionaram a justiça contra o município de Porto Velho/RO. Percebendo-se, portanto, a necessidade de melhorias em toda cadeia de medicamentos, desde sua previsão, aquisição, logística e dispensação ao usuário, conforme estabelece a atual Política Nacional de Medicamentos – PNM, visando pelo atendimento às diretrizes balizadoras do SUS quanto a equidade, universalidade e a integralidade da atenção à saúde, uma vez que o acesso judicial ao medicamento apesar de por vezes demonstrar-se eficaz, apresenta várias dificuldades em seu atendimento em tempo hábil, assim como no suporte necessário ao atendimento ininterrupto e pelo tempo necessário ao tratamento pleiteado.

Outro ponto a ser levantado, é quanto à insuficiência dos recursos públicos, principalmente quando se trata das necessidades da população, visto que o orçamento do Estado deveria ser efetuado através de critérios bem estabelecidos de escolhas e prioridades, de forma técnica e racional, bem como definindo novas estratégias de políticas públicas a serem implementadas na área da atenção farmacêutica local.

Por conseguinte, o estudo da judicialização no município de Porto Velho, capital do Estado de Rondônia, no período de 2007 a 2012 permitiu concluir que:

- 1 – As primeiras demandas judiciais para aquisição dos medicamentos foram impetradas em face da municipalidade no ano de 2006, tendo tido uma constante elevação nos anos seguintes.
- 2 – Que mais de quarenta por cento dos requerentes de demandas judiciais são detentores de algum tipo de benefício da previdência social, entretanto, em nenhum processo foi requerido pelo Poder Judiciário qualquer avaliação social.
- 3 – Observou-se que parte significativa dos medicamentos solicitados nos mandados judiciais, não era previsto e/ou estabelecidos em protocolos clínicos terapêuticos do Ministério da Saúde. Necessitando repensar, portanto, a gestão da assistência farmacêutica, de modo a

atender ou ordenar essa demanda que busca no judiciário a garantia de seus direitos, com a oferta de acompanhamento clínico e de terapias farmacológicas disponíveis, previstas em criteriosos protocolos estabelecidos pelo SUS e de resultados práticos semelhantes.

4 – A busca pelo judiciário independe do poder aquisitivo, muitos buscam a garantia dos seus direitos, mesmo quando o valor do medicamento é irrisório.

5 – Outro fator para o usuário recorrer à justiça, é que muitas vezes o medicamento consta nas Portarias Estaduais e Municipais, mas não estão associados às doenças contempladas pelo Ministério da Saúde. (Ex. Micofenolato de sódio – lúpus), divergindo do CID do paciente.

6 - Falta planejamento da gestão quanto à manutenção periódica do elenco farmacológico, desconsiderando fármacos inovadores lançados no mercado nacional.

7 – A falta de planejamento na Assistência Farmacêutica ocasiona um número crescente de mandados judiciais, fazendo com que o usuário tenda a assegurar seus direitos enquanto cidadãos, buscando no judiciário tal acesso.

8 - Muitos medicamentos solicitados não possuem eficácia e/ou segurança reconhecidas pela ANVISA, não possuindo registro obrigatório do Ministério da Saúde para sua comercialização e utilização em território nacional.

9 – Mesmo os medicamentos previstos em protocolos clínicos terapêuticos no MS da Atenção Básica, nem sempre estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde para atender o usuário.

10 – Faz-se necessidade capacitar os profissionais de saúde quanto à dispensa dos medicamentos, visto que há usuários idosos e/ou que não tem grau de escolaridade que possa não entender as orientações e precauções necessárias na utilização dos fármacos.

Mediante esses pontos elencados, é imperativo propor à gestão que a vinculação do orçamento público aos objetivos constitucionais deveria ser estritamente observada, de forma a atender satisfatoriamente os interesses em questão, elaborando ações em que os usuários sejam atendidos não somente com a medicação pleiteada, mas com suas reais necessidades, e que o fluxo de referência e contra-referência tenha resolutividade, caso contrário o usuário irá procurar soluções para seus agravos em outras esferas alheias ao SUS, como exemplo, a procura pelo judiciário ao ter seus direitos básicos violados.

Nesse rol, faz-se necessário que haja planejamento multidisciplinar, especialmente na gestão da assistência farmacêutica, visto que os fármacos que não constam no elenco de medicamentos padronizados, principalmente os que representam um alto custo no orçamento familiar, ainda são os mais procurados pelos usuários, originando grande parte da judicialização da saúde, sendo indispensável também, à inclusão de produtos farmacêuticos inovadores na lista estabelecida pela RENAME, priorizando-se os seu registro junto ao

Ministério da Saúde para sua comercialização e uso, o qual estabelece a segurança e a eficácia de medicamentos.

Demanda-se ainda, a necessária capacitação dos profissionais de saúde em relação às necessidades e dificuldades enfrentadas pelos usuários, que buscam nas Unidades Básicas de Saúde atendimento farmacológico e terapêutico, cabendo à gestão qualificar tais profissionais, para que esses consigam identificar e compreender as diversidades postas pela demanda, intervindo conforme especificidade de cada situação apresentada, com vistas à promoção da saúde dos usuários que buscam no serviço público a solução de seus problemas de saúde, e nem sempre são atendidos e/ou orientados a como proceder frente a uma negativa dos órgãos públicos quanto a dispensa de medicamentos.

Ainda, é de conhecimento da população, que haja mudanças no sistema público de saúde, devendo o poder público não depender somente de decisão do Judiciário, más, prever, analisar e avaliar entre a real necessidade e a insuficiente disponibilidade de recursos públicos, considerando ainda sob análise jurídica, da reserva do possível e da isonomia para assim, conceder uma tutela devidamente fundamentada, que não ocasione prejuízos futuros no tratamento medicamentoso do usuário SUS.

Em suma, o que se propõe é que a gestão/gestor amplie a lista dos medicamentos dispensados a população, padronizando aqueles que satisfazem as reais necessidades do usuário e que são solicitados com mais frequência, cabendo à gestão municipal a definição de quais medicamentos são indispensáveis à nosologia prevalente local, bem como, a execução de uma eficiente política de assistência farmacêutica.

Desse modo, propõe-se que haja uma padronização dos medicamentos, seguido de um planejamento prévio e orçamentário por parte da gestão, visto que além de trazer economia aos cofres públicos, traria maior dinâmica no decorrer do atendimento ao usuário e a garantia de forma equânime e efetividade na qualidade dos serviços oferecidos, desde a compra do fármaco até sua dispensação.

Com este enfoque, a SEMUSA deverá buscar alternativas para conter a quantidade expressiva de mandados judiciais, planejando ações para a assistência farmacêutica, identificando os medicamentos solicitados via judicial que estão fora da lista dos padronizados, ampliando-a caso faça jus a demanda para outros fármacos, disponibilizando uma reserva financeira para atender situações excepcionais, implementando Protocolos Clínicos que comprovem a necessidade de utilização de determinados medicamentos. E em situações que os usuários fazem uso contínuo da medicação, solicitar a apresentação do receituário médico atualizado, garantindo que o mesmo ainda faz uso, buscando assim, à

eficiência na dispensação dos medicamentos dada a necessidade da população, de modo a evitar a judicialização da saúde.

Em se tratando de fornecimento de medicamentos e insumos gratuitos pelo Sistema Único de Saúde, deve-se dar preferência aos disponíveis e/ou previstos em Protocolos Clínicos Terapêuticos do MS, ainda que genéricos, devem ser considerados aqueles com eficácia comprovada, disponibilidade no mercado e menor custo, que atendam a quadros epidemiológicos prevalentes no país e prioridades de saúde pública, respeitando as indicações nos Programas do MS e subsidiando profissionais da saúde para a prescrição, dispensação e uso dos medicamentos indispensáveis a nosologia prevalente.

É válido ressaltar ainda, que haja sensibilização e qualificação dos gestores para que o planejamento das ações na gestão da assistência farmacêutica seja eficiente, uma vez que a judicialização da saúde garante os direitos de uma parte da população que procura o judiciário, não do todo, gerando a individualização do atendimento e a desorganização dos serviços prestados a esta, desrespeitando o preceito constitucional do acesso universal e igualitário, bem como, uma garantia elementar que é o direito à vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASENSI, F. **Judicialização da Saúde, 2013.** Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Usu%C3%A1rio\(a\):Felipe_Aseni/Judicializa%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde](http://pt.wikipedia.org/wiki/Usu%C3%A1rio(a):Felipe_Aseni/Judicializa%C3%A7%C3%A3o_da_sa%C3%BAde). Acesso em: 20 de jan. 2014.

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli.; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. **Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta.** *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 1992, n.2, pp. 61-69. ISSN 0103-863X.

AGUINSKY, Beatriz Gershenson.; ALENCASTROS, Ecleria Huff de. Judicialização da questão social: rebatimentos nos processos de trabalho dos assistentes sociais no Poder Judiciário. Ver. *Katálysis*, v. 9, n. 1, p. 19-26, jun. 2006.

AITH, F. **Curso de direito sanitário:** a proteção do direito a saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BAHIA, I.M.C. **A judicialização da saúde.** 2008. Rede Humanizausus. Disponível em: www.redehumanizausus.net/2420-a-judicializacao-da-saude. Acesso em 30 de março de 2012.

BARATA, L.R.B; MENDES, J.D.V. **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentários e judicial. São Paulo: Atlas, 2010. (pg. 61-68).

BALIARDO, Rafael. **Barbosa diz que judicialização da saúde é tema superlativo.** Revista Consultor Jurídico, 3 de junho de 2013. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2013-jun-03/joaquim-barbosa-judicializacao-saude-problema-superlativo>. Acesso 15 abr. 2013.

BERGSTEN-MENDES, Gun. **Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico.** *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2008, vol.13, suppl., pp. 569-571. ISSN 1413-8123.

BLIACHERIENE, A.C; SANTOS, J. S. **Direito à vida e à saúde:** impactos orçamentário e judicial. São Paulo: Atlas, 2010.

BOTELHO. R.F. **A judicialização do direito à saúde:** a tensão entre o “mínimo existencial” e a “reserva do possível” na busca pela preservação da dignidade da pessoa humana. Curitiba: Juruá, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Portaria nº 3916 de 30/10/1998 / **MS** - Ministério da Saúde (D.O.U. 10/11/1998) Aprova a Política ... **PORTARIA** Nº 3.916/MS/GM, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-29-1998-10-30-3916>. Acesso em: 15 out. 2013

BRASIL. Resolução Nº338, DE 06 DE MAIO DE 2004. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf. Acesso em 15 out. 2013

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União** 2009; 30 nov.

BRASIL. Portaria n. 698, de 30 de maio de 2006. Ministério da Saúde. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/29.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ag. Reg. no Recurso Extraordinário 577836. Rel. Min. Cesar Peluzo, julgado em 07.10.2008. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 18 set. 2012

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 45. Rel. Min. Celso de Mello, julgado em 29.04.04. Disponível em <<http://www.stf.jus.br>>. Acesso em: 18 set. 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. IF 139-1/SP; Órgão Pleno, Relator Ministro Gilmar Mendes, julgado em 19 de março de 2003. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br>> Acesso em: 10 jan. 2014.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Audiência Pública nº 04, ocorrida nos dias 27, 28 e 29 de abril, e 4, 6 e 7 de maio de 2009. Disponível em: www.stf.jus.br/portal/cms/verTexto.asp?...processoAudienciaPublicaSaud... Acesso em: 19 fev. de 2014.

CARVALHO, A.L.B. **Direito sanitário**: oportuna discussão via coletânea de textos do “blog direito sanitário: saúde e cidadania”. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2012 (pg. 215-217).

CAVALHEIRO, A.F. **A judicialização da dispensação de medicamentos e o Sistema Único de Saúde**: o caso soliris sob a perspectiva Dworkiana. III Simpósio Internacional de Direito: dimensões materiais e eficácias dos direitos fundamentais, 2012. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/simposiointernacionaldedireito/article/view/2288/1305>. Acesso em: 12 de dez. 2013.

CEENSP – Centro de Estudos CEENSP. **Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil em debate**, 2014. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/ceensp/detalhes-noticias.php?matid=11953> . Acesso em 25 fev. 2014

CONASS – **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. 2008. Disponível em: <http://esnp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/11953>. Acesso em 20 de abril de 2013.

CONASS – **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Documento nº 18 – As Conferências Nacionais de Saúde e perspectivas - Brasília, 2009.

CYRILLO. D.C; CAMPINO. A.C.C. **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010. (pg.27-47)

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Disponível em www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/.../DECRETO750811.pdf. Acesso em 20 abr. 2013.

DJRO – Diário de Justiça do Estado de Rondônia. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/28163125/pg-20-diario-de-justica-do-estado-de-rondonia-djro-de-06-07-2011>. Acesso em: 12 de setembro de 2013.

FERRAES, A. M. B. **Determinantes que impactam a atuação do Farmacêutico na Farmácia**. Olho Mágico. Londrina, v.9, n.1, p. 151, jan./abr., 2002.

FRANCO, Lafaiete Reis. **A judicialização do direito constitucional à saúde no Brasil: a busca pela efetivação de um direito fundamental**. Publicado em 09/2013. Elaborado em 07/2012. Disponível em: <http://jus.com.br/imprimir/25377/a-judicializacao-do-direito-constitucional-a-saude-no-brasil#ixzz2uXIW5mB6>. Acesso em 15 fev. 2014.

FREIRE JUNIOR, Américo Bedê. O controle judicial de políticas públicas. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2005, p.121.

FREDES. M.E.F. **Judicialização do acesso a medicamentos: perfil dos usuários residentes no município de Pelotas/RS**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Curso de Especialização em Gestão em Saúde – UAB/CAPES, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67730/000871049.pdf?sequence=1>. Acesso em 10 de fev. 2014.

GANDINI, J.A.D. et al.; **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentário e judicial**. São Paulo: Atlas, 2010. (pg. 255-276).

GOIÁS. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás. **Mandado de Segurança n. 16732-1/101**. Relator: Des. Donizete Martins de, julgado em 12/08/2008. Disponível em: <http://www.tjgo.jus.br>. Acesso em: 11 out. 2013.

GRELHA, P.A.S.S. **Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário**. Estudo sobre a influência da educação para saúde na qualidade de vida. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf. Acesso em: 20 de fev. 2014.

HÄBERLE, Peter. **Hermenêutica constitucional: A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição**. Porto Alegre: Fabris, 1997.

HAMACHER, F.J. **A judicialização do direito à saúde na assistência farmacêutica.**: In.: ALMEIDA, G.A.; SOARES JÚNIOR, J; ASSIS, G. Saúde. Coleção Ministério Público e direitos fundamentais. Belo Horizonte: Del Rey, 2013, p. 248.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEAL, R. **A quem compete o dever de saúde no direito brasileiro?** Esgotamento de um modelo institucional. Revista direito sanitário, 2008. <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13101/14904>. Acesso em: 10 de dez. de 2013.

LIMA, Flávia Danielle Santiago. **Em busca da efetividade dos direitos sociais prestacionais. Considerações acerca do conceito de reserva do possível e do mínimo necessário**. Jus Navigandi, Teresina, ano 5, n. 51, out. 2001. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>><<http://jus.com.br/revista/texto/2177>>. Acesso em: 15 out. 2010.

LIMA, George Marmelstein. **Mínimo existencial, Reserva do Possível, e Direito à saúde**. Disponível em: <<http://direitosfundamentais.net/2008/10/27/minimo-existencial-reserva-do-possivel-e-direito-a-saude/>> . Acesso em: 05 set. 2013.

LOPES, L.C, Barberato, Filho S, Polimeno, N. C, Costa, A.C, Naffah Filho M, Correa MC, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS. In: **Relatório de resultados dos projetos de pesquisa - Seminário PPSUS-SP**. São Paulo; 2008.

LOPES, M.C. **Judicialização da Saúde**. Editora Lumen Juris, Rio de Janeiro, 2010.

MACIEL, S.C.E. **Medicamentos – Ações judiciais contra o município de Catuipe/RS**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34054/000790201.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de jan. 2014.

MACHADO, M.A.A. **Acesso a medicamentos via poder judiciário do Estado de Minas Gerais** [dissertação], 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/.../LFSA-87UMKE>. Acesso em: 30 de Setembro de 2012.

MARCONI, M.D.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINELLI, M.L. **Serviço Social: identidade e alienação**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MARTINS, Marianne Rios. **Os limites de atuação do Poder Judiciário como legislador positivo para efetivar direitos humanos de 2ª divisão**. 2008. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/manaus/direito_humano_td_marianne_rios_martins.pdf> . Acesso em: 11 set. 2010.

MARRARA, T; et al. **Direito á vida e á saúde: impactos orçamentário e judicial**. In.: BLIACHERIENE, A.C, SANTOS, J.S – Organizadores. São Paulo : Atlas S.A, 2010.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, 2007, p. 250-251.

MESSEDER AM, OSORIO-DE-CASTRO CGS, LUIZA VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Publica** 2005; 21(2):525-534.

MINAYO, M.C.S. (Org.). 21. ed. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOREIRA, T.R.B. **Judicialização da saúde e políticas públicas**. Disponibilizado em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/80>. Acesso em: 20 de jan. 2014

MORIGI, et al. **O bibliotecário e suas práticas na construção da cidadania**. 2002. Disponível em: <file:///D:/Karina%20%-20TEXT0%20CIDADANIA.htm>. Acesso em 20 de jan. 2014.

MORO, Fernando Sérgio. Por uma revisão da teoria da aplicabilidade das normas constitucionais. **Revista de Direito Constitucional e Internacional**. São Paulo, Ano 9, n.37, p.101-108.

NETO, A.P.S. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Revan, 1999. Disponível em: <http://seer.uniritter.edu.br/index.php/direito/article/viewFile/252/168>. Acesso em: 26 de fev. 2014.

NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília/DF, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf. Acesso em: 26 de fev. 2014.

NETO, M.J.S. **Direito Constitucional**. 4ed., Lúmen Júris Editora – Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, N.A. **Direito sanitário: oportuna discussão via coletânea de textos do “blog direito sanitário: saúde e cidadania”**. 1. ed. ANVISA, CONASEMS, CONASS. Brasília: 2010 (pg. 116-117).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. Guia para el diagnostico de farmacias y servicios farmacêuticos em las unidades de salud. Programa Regional de Medicamentos Essenciales, 2002.

ORDACGY, André da Silva. **Audiência de Saúde Pública**, promovida pelo Supremo Tribunal Federal, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Sr._Andre_da_Silva_Ordacgy__Defensor_Publico_da_Uniao_.pdf> . Acesso em: 20 agos. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira**. Saúde em Debate, rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PEPE, et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 15, n.5, 2010.

PEREIRA DE SOUZA, Carlos Affonso; PINHEIRO SAMPAIO, Patrícia Regina. **O Princípio da Razoabilidade e o Princípio da Proporcionalidade: uma abordagem constitucional**. 2011. Disponível em <http://www.puc-rio.br/sobrepuc/depto/direito/pet_jur/cafpatriz.html#ftn22>. Acesso em: 27 jun. 2013

PETEFFI, J. M. **A gestão local e a redução da judicialização na área da saúde**. Universidade Luterana do Brasil/ULBRA, 2010. Disponível em: <http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2010/artigos/direito/salao/679.pdf>. Acesso em: 12 de dez. 2013.

ROCHA, J.C.S. **Direito da saúde: direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos**. São Paulo. LTr, 1999.

SABROZA, P.C. **Concepções sobre saúde e doença** – Abrasco. Disponível em: www.abrasco.org.br/.../SABROZA%20P%20Conc. Acesso em 17 de julho de 2012.

SALLES, Marcos. Na Audiência Pública de Saúde, em 12/05/2009, STF. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude>> Acesso em: 25 jul. 2010.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ, n. 10, jan. 2002. Disponível em: <www.direitopublico.com.br>. Acesso em: 12 nov. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. Na Audiência Pública de Saúde, em 12/05/2009, STF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto de Porto Velho. **Plano Municipal de Saúde**, 2009. Disponível em:

http://www.mpro.mp.br/documents/10180/493773/SEMUSA+Plano+Municipal+Atual+Alterado_27.05.2010.pdf/29021bb4-da93-4964-bc59-80cffb40d9a5. Acesso em: 10 de fev. 2014.

SILVA, A.M.; BUSSINGER, E.C.A. **O poder judiciário e o fornecimento de medicamentos no SUS: uma análise da microrregião sul do Espírito Santo**. Pharmácia Brasileira, Brasília, 2011, n. 79.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SIERRA, V.M. **A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça**. Revista Katályis, vol. 14 n. 2. Florianópolis, July/dec. 2011.

SLAIBI FILHO, Nagib. **Breve história do Controle de Constitucionalidade**. Disponível em: <<http://www.abdpc.org.br/artigos/artigo34.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

SOARES, Orlando. **Comentários à Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05.10.1988**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **Jurisdição constitucional, democracia e racionalidade prática**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

TJ-RO – Reexame Necessário: REEX. Tribunal de Justiça do Estado de Rondônia, 14/11/2008. Disponível em: < <http://tj-ro.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/7115836/reexame-necessario-reex-10001420080034920-ro-1000142008003492-0-tjro>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

TORRONTÉGUY, M.A.A. **A saúde nas barras da justiça: um estudo do posicionamento recente do Supremo Tribunal Federal**. Revista de Direito Sanitário, v. II São Paulo/2010. Disponível em: www.revistasusp.sibi.usp.br/sielo.php?. Acesso em: 29 de maio de 2012.

VASCONCELOS CM; PASCHE DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p 531 – 62.

VIEIRA FS, ZUCCHI P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saude Publica** 2007; 41(2):214-222. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acesso em: 21 de junho de 2012.

YOSHINAGA, J.Y. **Judicialização do Direito à Saúde: A experiência do Estado de São Paulo na adoção de estratégias judiciais e extrajudiciais para lidar com esta realidade**. Disponível em: www.direitodoestado.com/.../RERE-24-DEZEMBRO-JANEIRO-FEVER. Acesso em: 18 fev. 2014.

OBRAS CONSULTADAS

ANTONIO, J.A.N, SCAFF, F.F. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

CLAYTON, M. **Tutela jurisdicional do direito à saúde**: (arts. 83 e 84, CDC). São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003.

MEDEIROS. F.J.M. **O ativismo judicial e o direito à saúde**. Prefácio de Elival da Silva Ramos. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de Saúde Pública do Ceará – Fortaleza, 2002.

APÊNDICE A
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Porto Velho, 30 de Outubro de 2012.

Ilustríssimo Senhor,
Dr. Willames Pimentel de Oliveira
Secretário Municipal de Saúde de Porto Velho.

Senhor Secretário,

Venho por meio deste, solicitar o inestimável apoio no sentido de autorizar o acesso aos mandados judiciais disponível na Divisão de Serviço Social da SEMUSA, referente aos anos de 2007 a 2012, a fim de subsidiar a execução do projeto de pesquisa com o tema: “A Judicialização na Gestão da Assistência da Saúde na Perspectiva do Usuário”, a ser utilizado para a conclusão do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Diante do projeto apresentado, não identificamos situações de riscos aos profissionais e à instituição de saúde envolvida na pesquisa, uma vez que obedeceremos a Resolução nº 196/1996.

Esse projeto será realizado pela discente: Cristina Mabel do Nascimento, com orientação do Drº Ari Miguel Teixeira Ott.

Comprometo-me, como dita os preceitos éticos, manter em sigilo absoluto os dados referentes à identificação dos usuários envolvidos na pesquisa, bem como, os documentos analisados. Nesta perspectiva e contando com a valorosa compreensão e autorização, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Cristina Mabel do Nascimento.
Tel. (69) 9986-7588

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____, portador do R.G _____ expedido por _____ declaro estar ciente da minha participação no projeto de pesquisa de Cristina Mabel do Nascimento, sob orientação do **Prof. Dr. Ari Miguel Teixeira Ott**, desenvolvido no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, intitulado: **A Judicialização na Gestão da Assistência da Saúde na Perspectiva do Usuário.**

O presente trabalho tem por objetivo: Analisar a questão da judicialização do ponto de vista dos usuários, nos casos encaminhados a Secretaria Municipal de Saúde/SEMUSA de Porto Velho, segundo suas causas e resolução adotada, no período de 2007 a 2012. A metodologia para obtenção dos dados da pesquisa consiste em utilizar questionários com perguntas abertas e fechadas, cujas respostas serão indicadores que levarão a pesquisadora ao cumprimento do objetivo principal do estudo em questão.

O presente trabalho enquanto técnica de pesquisa apresenta o seguinte desconforto: tempo gasto para responder a entrevista. Quanto às vantagens, possibilita a obtenção de dados referentes aos diversos aspectos da vida social do participante.

A pesquisadora garante que não há risco de qualquer natureza para os participantes desta, no que diz respeito à ética e exposição dos mesmos, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Em relação aos benefícios, estes dados poderão ser utilizados para avaliação e consequente melhora na qualidade da dispensação de medicamentos e na assistência como um todo.

Reconheço que tenho liberdade de recusar a continuar ou de retirar meu consentimento em qualquer momento, sem penalização alguma. Sei que posso buscar, junto à coordenadora do projeto, esclarecimentos de eventuais dúvidas, inclusive os relativos à metodologia de trabalho.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, nem tampouco compensação financeira para a sua participação. Tenho ciência de que as atividades podem ser utilizadas para fins científicos, publicações e participações em congressos. Acredito ter sido suficientemente informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades e prejuízo.

Local: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

RG/CPF: _____

Nome do pesquisador: Cristina Mabel do Nascimento

RG do pesquisador: 1529400 SSP/RN Tel.: (69) 9986-7588

Tel. Comitê de Ética e Pesquisa do UNIR/RO (69) 2182-2000 / 2182-2100.

APÊNDICE C**FORMULÁRIO PARA USUÁRIOS DO PROJETO DE PESQUISA**

01 – Qual a sua idade? _____

02 - Estado civil:

() Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () Outros

03 - Escolaridade:

- () Analfabeto
- () Ensino Fundamental
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo

04 – Qual sua profissão? _____

05 – Quantos filhos? _____

06 - Quantas pessoas moram na residência:

() Mora sozinho() Com a esposa() Esposa e filhos() Outros

07 – Tipo de residência:

() Alvenaria () Madeira () Taipa () Outros, qual? _____

08 – O imóvel é:

() Próprio () Cedido () Terceiros () Outros, qual? _____

09 – Qual a renda da família?

- () Sem renda
- () Menos de 01 salário mínimo
- () 01 salário mínimo
- () 02 salários mínimos
- () 03 salários mínimos e/ou mais.

10 – Todos da família trabalham?

- () Sim
- () Não

11 – Quem é no seu entender, o maior dificultador na dispensação do(s) seu(s) medicamento(s) ?

- () Governo
- () Prefeito
- () Funcionários da Unidade de Saúde
- () Secretario Municipal de Saúde
- () Outros, quem? _____

12 – Quem o orientou a procurar o judiciário, quando sua medicação foi negada no serviço público?

- ☐ vizinho
- ☐ meios de comunicação, qual? _____
- ☐ profissionais da saúde
- ☐ Outros, quem? _____

13 - Em média de quanto tempo a sua medicação é entregue, contando da notificação na Justiça, passando pela gestão de saúde, até chegar nas suas mãos?

- ☐ 01 mês
- ☐ 02 mês
- ☐ mais de três meses
- ☐ Não lembra
- ☐ Mais de 01 ano

14 – Após a entrega da medicação, há uma orientação por parte de quem dispensa (enfermeira da UBS, ACS, Profissional da Saúde, Promotora, etc.)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Obs.: Caso resposta afirmativa quem? _____

15 – Qual o seu problema de saúde? _____

16 - Em sua opinião quais são as ações que o governo deveria fazer para garantir a continuidade do seu tratamento?

17 – Como o senhor se sente tendo o seu pedido de medicamento negado pelo serviço público? _____




18 – Qual a sua reação frente ao pedido de um insumo/medicamento de um valor expressivo ou oneroso, em detrimento do seu poder aquisitivo?

19 – Dos problemas mencionados, qual o Sr (a) acredita ser o mais importante?

ANEXOS



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A JUDICIALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA.		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 30	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Cristina Mabel do Nascimento			
6. CPF: 024.283.714-01		7. Endereço (Rua, n.º): ANTONIO LACERDA INDUSTRIAL Cond. Araucária II PORTO VELHO RONDONIA 76821038	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (69) 9986-7588	10. Outro Telefone:
		11. Email: cris-mabel@hotmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>20</u> / <u>02</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Rondônia - UNIR		14. CNPJ: 04.418.943/0001-90	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (69) 1182-2111		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARIA CRISTINA V. DE FRANÇA</u>		CPF: <u>015 234 418 - 79</u>	
Cargo/Função: <u>VICE-REITORA NO EXERCÍCIO</u>			
Data: <u>20</u> / <u>02</u> / <u>2013</u>		  <u>Profª Drª Maria Cristina Victorino de França</u> Assinatura Vice-Reitora no Exercício da Reitoria Portaria 210/GR, de 21.02.2011	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

PORTARIA Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013

Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e à articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria Interministerial nº 2.960/MS/CCPR/MAPA/MCTI/MinC/MDA/MDS/MDIC/MIN/MMA, de 9 de dezembro de 2008, que aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;

Considerando a Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde;

Considerando a Portaria nº 886/GM/MS, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012, que estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS;

Considerando a Portaria nº 271/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2013, que institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução nº 338/CNS/MS, de 6 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 67/ANVISA, de 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias;

Considerando a RDC nº 39/ANVISA, de 2 de setembro de 2011, que aprova a Farmacopéia Homeopática Brasileira, 3ª (terceira) edição e dá outras providências;

Considerando a RDC nº 18/ANVISA, de 3 de abril de 2013, que dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução nº 1/CIT, de 17 de janeiro de 2012, que estabelece as diretrizes nacionais da RENAME no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de dar tratamento adequado às demandas e necessidades de saúde em Municípios com acréscimos populacionais resultantes de fluxos migratórios comprovados por documentos oficiais; e Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 28 de fevereiro de 2013, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

CAPÍTULO II DO FINANCIAMENTO

Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

§ 1º O Distrito Federal aplicará, no mínimo, o somatório dos valores definidos nos incisos II e III do "caput" para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

§ 2º Para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais, utilizar-se-á a população estimada nos referidos entes federativos pelo Censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011, enviada ao Tribunal de Contas da União em 9 de novembro de 2011.

§ 3º Além do disposto no § 2º, nos Municípios com acréscimos populacionais resultantes de fluxos migratórios, conforme documentos oficiais do IBGE, esse acréscimo populacional será considerado para o cálculo do valor "per capita" a ser repassado a esses Municípios pelos demais entes federativos envolvidos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, Comissão Intergestores Regional (CIR).

§ 4º Para evitar a redução no custeio deste Componente, os Municípios que tiveram a população reduzida nos termos do Censo IBGE 2011 em relação à população estimada nos termos do Censo IBGE 2009 terão os recursos federais, estaduais e municipais alocados de acordo com a estimativa do Censo IBGE 2009.

§ 5º Os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para financiar a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica serão transferidos a cada um dos entes federativos beneficiários em parcelas mensais correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor total anual a eles devido.

§ 6º Os valores definidos nos termos dos incisos II e III do "caput" podem ser majorados conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), devendo ser pactuada, também, a periodicidade do repasse dos Estados aos Municípios.

§ 7º Os valores definidos nos termos do § 1º podem ser majorados pelo Distrito Federal para aplicação em seus limites territoriais.

Art. 4º As Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros, definidos nos termos dos incisos II, III e § 1º do art. 3º, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS no Distrito Federal e nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, obedecida a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, e as leis orçamentárias vigentes, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

§ 1º A aplicação dos recursos financeiros de que trata o "caput" em outras atividades da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, diversas das previstas nesta Portaria, fica condicionada à aprovação e pactuação nas respectivas CIB ou no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF).

§ 2º As Secretarias Estaduais de Saúde poderão participar dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação Dos

recursos humanos na Atenção Básica à Saúde de que trata o § 1º, conforme pactuação nas respectivas CIB, nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO III

DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS

Art. 5º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal.

Parágrafo único. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml aos Municípios.

Art. 6º Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME vigente, sendo a sua distribuição realizada nos seguintes termos:

I - entrega direta ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes; e

II - nas hipóteses que não se enquadrarem nos termos do inciso I do "caput", entrega às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios.

Art. 7º Os quantitativos dos medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher, da insulina humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml de que tratam os arts. 5º e 6º serão estabelecidos conforme os parâmetros técnicos definidos pelo Ministério da Saúde e a programação anual e as atualizações de demandas encaminhadas ao Ministério da Saúde pelas Secretarias Estaduais de Saúde com base de cálculo nas necessidades dos Municípios.

Art. 8º A execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 9º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo-se:

I - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS;

II - matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS; e

III - a aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir de agosto de 2013.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Art. 11. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios podem pactuar nas respectivas CIB a aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pelo Gestor estadual de saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde.

§ 1º Na hipótese de utilização de Atas Estaduais de Registro de Preços, o edital elaborado para o processo licitatório disporá sobre a possibilidade de sua utilização pelos Municípios.

§ 2º Nos procedimentos de aquisição, as Secretarias de Saúde seguirão a legislação pertinente às licitações públicas no sentido de obter a proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

Art. 12. No sentido de fortalecer a produção pública de medicamentos, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios poderão pactuar que o montante correspondente aos recursos financeiros estaduais a ser aplicado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica seja implementado por meio de medicamentos produzidos em laboratórios públicos oficiais, cujo valor unitário de aquisição será informado na respectiva CIB.

Art. 13. Para dar suporte à gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde, o Ministério da Saúde disponibiliza aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS).

Art. 14. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal terão o prazo de quatro meses, contado da data de publicação desta Portaria, para encaminhar ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE/MS), as seguintes informações:

I - o destino das transferências dos recursos financeiros federais do Fundo Nacional de Saúde seja para o Fundo Estadual de Saúde ou para o Fundo Municipal de Saúde;

II - a forma de aplicação dos recursos financeiros estaduais destinados ao custeio dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, incluindo-se os valores de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e a periodicidade dos repasses;

III - o elenco de medicamentos com aquisição centralizada na Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e, onde essa regra se aplica a periodicidade de sua distribuição;

IV - a forma de aplicação dos recursos financeiros, quando couber, destinados às ações previstas no art. 4º;

V - a forma de aplicação dos recursos financeiros estaduais, incluindo-se o valor e a periodicidade do repasse financeiro ou da distribuição dos insumos para insulíndependentes, indicando-se também os insumos sob sua responsabilidade;

VI - o valor do recurso financeiro municipal utilizado para custeio dos insumos para insulinodependentes, indicando-se aqueles que se encontram sob sua responsabilidade;

VII - todas as alterações relacionadas ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica pactuadas em CIB, formalizadas por resolução ou deliberação e que devem atender às normas estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. O envio das informações previstas neste artigo será realizado por meio do endereço eletrônico cga.fb.daf@saude.gov.br e por meio físico mediante o encaminhamento da resolução ou deliberação da pactuação na CIB.

CAPÍTULO IV DO CONTROLE E MONITORAMENTO

Art. 15. As ações, os serviços e os recursos financeiros relacionados à Assistência Farmacêutica constarão nos instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam Planos de Saúde, Programação Anual e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 16. O acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG.

§ 1º O RAG conterá as ações e serviços efetuados no âmbito da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde e sua execução orçamentária e será elaborado em conformidade com as orientações previstas na Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, ou a que a suceder, encontrando-se disponível para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

§ 2º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão em arquivo os documentos fiscais que comprovem a aplicação dos recursos financeiros tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

Art. 17. A transferência dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios será suspensa, assegurado o direito ao contraditório e à ampla defesa, na hipótese de não aplicação dos recursos financeiros pelas respectivas Secretarias de Saúde dos valores definidos no art. 3º, quando denunciada formalmente por um dos gestores de saúde ou constatada por meio de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde ou por auditorias dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1º A suspensão das transferências dos recursos financeiros será realizada mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias pelo Ministério da Saúde ao gestor de saúde e formalizado por meio de publicação de ato normativo específico, devidamente fundamentado.

§ 2º O repasse federal dos recursos financeiros será restabelecido tão logo seja comprovada a regularização da situação que motivou a suspensão.

§ 3º Caso não comprovada a regularização de que trata o § 2º, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; e

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. Os recursos financeiros federais para execução do disposto nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática

10.303.2015.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros da partida federal retroativos a janeiro de 2013.

Art. 20. Ficam revogados:

I - a Portaria nº 4.217/GM/MS, de 28 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 249, Seção 1, de 29 de dezembro de 2010, p. 72; II - a Portaria nº 2.025/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, de 25 de agosto de 2011, p. 87; e III - o art. 25 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 22, Seção 1, de 31 de Janeiro de 2007, p. 45.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA